COLLEZIONE ITALIANA

DI

LETTURE SULLA MEDICINA

DIRETTA DAL

DOTT. GIULIO BIZZOZERO

PROFESSORE ORDINARIO DI PATOLOGIA NELLA REGIA UNIVERSITA' DI TORINO

Serie III.ª - N. 4.

DEI TUMORI RETROPERITONEALI

DEL

Dott. BENIAMINO LUZZATTO

PROFESSORE DI CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA
NELLA UNIV. DI PADOVA

MILANO
CASA EDITRICE DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
Via Disciplini, 15.

BOLOGNA Via Farini, 10. NAPOLI Via Monteoliveto, 70. ROMA Via del Corso, 408. TORINO Via Carlo Alberto, 5.

1884

DEI TUMORI RETROPERITONEALI

DEL

Dott. BENIAMINO LUZZATTO

PROFESSORE DI CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA
NELLA UNIV. DI PADOVA

Le glandule retroperitoneali hanno un interesse non indifferente nella patologia, per la sede che occupano, per il loro numero, per i loro estesi rapporti topografici e funzionali con organi molteplici, ed importanti per rispetto alle attività fisiologiche ad essi inerenti. Tali glandule si possono trovare ingrossate ed infiltrate, in seguito a svariati processi infettivi, e specialmente in casi d'ileo-tifo. Inoltre esse possono riscontrarsi alterate in via secondaria, in seguito a malattie dell'addome, siano queste di natura infiammatoria, o tubercolare, ecc. Altre volte si tratta di tumori sarcomatosi o cancerosi di qualcuno degli organi dell'addome, in seguito a' quali analoghe degenerazioni si sviluppano del pari in via secondaria eziandio in queste glandule. Se ne possono ad esempio trovare d'ingrossate secondariamente a carcinoma del fegato. DITTRICH ha trovato su 160 casi di cancro dello stomaco, che vennero alla sezione nell'Istituto anatomico di Praga, 43 volte il cancro secondario del fegato, e 5 volte quello delle glandule retroperitoneali.

Desse prendono parte ancora alle malattie del sistema linfatico. Nella pseudoleucemia si possono avere dei grossi tumori, costituiti da glandule retroperitoneali ingrossate. In grado leggiero possono del pari essere ingrossate nella malattia di ADDISON.

Le glandule stesse possono non del tutto infrequentemente divenire punto di partenza di neoformazioni primitive o secon-

darie. Tali neoformazioni appartengono a quella categoria di tumori, che si chiamano estracavitarì, sotto-peritoneali o retroperitoneali, tra i quali si comprendono tutti i tumori che si svolgono nell'addome al di fuori del cavo peritoneale. Essi possono svolgersi in qualsiasi regione dell'addome, tanto anteriormente quanto posteriormente o lateralmente. In senso più stretto noi comprendiamo però tra i tumori propriamente detti retroperitoneali quelli, che si svolgono dalla regione posteriore del ventre all'esterno del peritoneo.

Si comprende facilmente da ciò come i tumori retroperitoneali possano essere notevolmente diversi per luogo di origine e per natura. Tali tumori possono partire dalla colonna vertebrale, dai reni, dalle ossa del bacino, dal cellulare e dai muscoli della pelvi, dalla regione del sacro, dalle regioni iliache, e così via. Anche gli aneurismi dell' aorta addominale o delle sue principali diramazioni fanno parte di questa categoria di tumori. Ciascuna di queste specie di tumori possiede taluni sintomi comuni; ma ciascuna anche differisce dalle altre per sintomi che le sono proprî. In generale però troviamo che tutte queste forme di tumori presentano difficoltà non indifferenti alla diagnosi, poichè il complesso sintomatologico può variare quasi in ogni singolo caso, a norma della varia estensione del tumore, de' suoi rapporti cogli organi circostanti, e di altre accidentali evenienze, che possono essere molto mutabili, eziandio in casi di tumori, che siano uguali per natura e per punto di partenza. Una speciale categoria poi tra questi vengono a costituire i tumori delle glandule prevertebrali.

Dei tumori proprî delle glandule retroperitoneali, ed anche in genere di tutta codesta categoria di tumori, gli Autori si sono occupati più che altro come soggetto di curiosità clinica ed anatomo-patologica; senza concedervi in generale quella importanza che ad essi si compete. Non tenendo debito conto di tutti i dettagli fenomenologici ch'essi possono offrirci, accaddero non affatto infrequentemente errori diagnostici, come ad esempio di scambiare un tumore retroperitoneale con uno della milza, dello stomaco o dell'ovario, oppure con un aneurisma dell'aorta.

Pochi cenni troviamo su questi tumori negli autori dei tempi andati, eziandio tra i più rinomati, quali Bonnet e Morgagni.

WHARTON ne descrive abbastanza estesamente un caso di qualche interesse (1).

Nel *Dictionnaire des sciences médicales*, all'art. *Cancer* (Paris, 1812, tome 3, pag. 638), BAYLE e CAYOL hanno descritto una forma di neoformazioni sotto la denominazione di *masse cancerose addominali e toraciche,* separando quindi una categoria di tumori dell'addome dagli altri di questa regione del corpo, per congiungerli invece ad un gruppo di malattie analoghe del torace. Tali produzioni si svilupperebbero in tutto il tessuto cellulare interno dell'addome, del bacino e del petto; e sarebbero per le cavità splancniche quello che i tumori cancerosi sono per la superficie del corpo. Sembrano in generale, dicono gli autori citati, meno circoscritti nel loro sviluppo, e suscettibili di acquistare un incremento più grande che gli scirri esterni. Prendono origine specialmente sotto il foglietto sieroso del peritoneo, dal tessuto cellulare o dalle glandule linfatiche; penetrano abbastanza spesso nel parenchima dei visceri, nei muscoli ed eziandio nelle ossa, possono raggiungere notevoli dimensioni; e, quando vanno incontro al rammollimento, nel loro interno si possono produrre delle emorragie, tali da simulare alla necroscopia, che si tratti di un aneurisma.

Senza ripudiare interamente l'aggruppamento fatto da BAYLE e CAYOL, LOBSTEIN (1829) ci fornisce dei ragguagli interessanti dal lato genetico, anatomico e sintomatico di queste produzioni, per le quali egli preferisce la denominazione di tumori retroperitoneali.

Negli anni successivi lo studio dei tumori retroperitoneali non ottenne notevole incremento. HENOCH ad es., accenna ai tumori cancerosi e tubercolari, che partono ordinariamente dalle glandule prevertebrali, ed ai tumori che partono dalle ossa delle vertebre lombari (encondroma, cancro). Poco confortato dei sussidî diagnostici, che vengono forniti dai fenomeni ch'essi possono presentare, e ch'egli passa in esame, conclude col dire che « poichè i casi di tumori retroperitoneali non sono del tutto

(1) WHARTON, *Adenographia,* Amstelod. 1659; un caso che ha qualche analogia con questi è quello di un enorme tumore addominale, con cui era aderente il rene sinistro, descritto da GAETANO TACCONI (*De Rachitide, in Comment. acad. Bonon.* tomo 5, part. 2, pag. 81).

rari, potrei facilmente comunicarne un gran numero, se io credessi di raggiungere con ciò un insegnamento importante per il lettore ed un vantaggio pratico. Che questo però non sia il caso, risulta dalla esplicazione tentata delle difficoltà diagnostiche, le quali si offrono in tutti i casi al letto dell'ammalato. Se alcuno ve n'ha nella patologia, è questo certamente il campo, nel quale un successo è da attendersi soltanto da una ricca osservazione propria, e dalla più accurata educazione del talento di esame; sebbene, malgrado tali favorevoli condizioni, avverrano abbastanza di spesso errori diagnostici. Tumori cancerosi delle glandule lombari e mesenteriche, o delle vertebre lombari, encondromi di queste ultime, cancro del grande e del piccolo omento, aneurismi dell'aorta addominale e dei suoi grandi rami, finalmente tumori fungosi e d'altro genere, i quali vengono a crescere dalla profondità della regione lombare, formano un complesso di malattie, la cui distinzione potrebbe riuscire impossibile durante la vita eziandio al clinico il più esercitato (1) ».

Bamberger ha raccolto i fatti più salienti che riguardano la tubercolosi ed il cancro delle glandule retroperitoneali; e, poichè non trovo che altri autori se ne siano occupati con maggiore estensione, credo importante riferire qui quello ch'egli scrive di queste condizioni.

« La tubercolosi delle glandole retroperitoneali è anche un fenomeno frequente. Spessissimo è combinata colla tubercolosi delle vertebre, degli organi genitali ed urinarî, dell'intestino, delle glandole mesenteriche e delle glandole in generale, qualche volta però si trova anche idiopatica. Essa affetta non di rado tutte le glandole che si trovano in vicinanza della colonna vertebrale dalla faccia inferiore del diaframma fino alla biforcazione dell'aorta, ed anche quelle che si trovano nel bacino: qualche volta invece ne son prese soltanto delle sezioni isolate. D'ordinario partecipa alla degenerazione anche il tessuto connettivo, nel quale queste glandole si trovano. Le masse che in questo modo si formano costituiscono non di rado un volume considerabile, e fanno quando passano in rammollimento, dei grandi

(1) Eduard Henoch, *Klinick des Unterleibs-Krankheiten*, Berlin, 1858, III Bd., pag. 633.

focolai di ascessi situati intorno alla colonna vertebrale. — I fenomeni si riferiscono per lo più all'affezione degli altri organi; nel rapido aumento dei tumori però spesso esiste un dolore ottuso nell'addome, come anche possono aversi fenomeni importanti per la pressione sugli organi vicini, o per la formazione di ascessi. Così una volta, mentre esistevano in vita gravi fenomeni cardialgici, io rinvenni perforata la parete posteriore dello stomaco da una di queste glandole tubercolose; più volte ho veduto la compressione dei dotti biliari con itterizia letale, una volta la pileflebite suppurativa per la degenerazione del pacchetto glandolare intorno alla testa del pancreas. Quando i tumori hanno raggiunta una certa grandezza, la diagnosi non è difficile, coll'approfondire molto la mano si tocca un tumore più o meno grande, a grandi solchi od ineguale, il quale è ricoperto anteriormente dalle anse intestinali, è immobile e può seguirsi fino alla colonna vertebrale. Che il tumore sia di natura tubercolare si rileva per lo più dalla tubercolosi contemporanea di un altro organo, in certe circostanze però può rimanere in dubbio. L'esito ne è per lo più letale, o per gli accidenti già esposti o per la tubercolosi in generale. Le deposizioni di piccola estensione invece o possono restare stazionarie per lungo tempo senza produrre disturbi speciali, o guarire nello stesso modo come i tubercoli delle glandole mesenteriche.

« Il cancro delle glandole retroperitoneali invece è molto più importante poichè esso non solo molto frequentemente è primitivo, ma anche produce in vita fenomeni importantissimi; 16 volte ho seguita fino alla sezione quest'affezione alla quale finora si prestò molto poca attenzione. In questi casi 7 volte potette accertarsi la sua esistenza isolata o primitiva, negli altri, nei quali esisteva contemporaneamente il cancro del peritoneo, del fegato, dello stomaco, del pancreas, degli organi urinarì e sessuali, il punto di partenza poteva esser dubbio. Ne son sede, come nella tubercolosi, tutte le glandole poste in vicinanza della colonna vertebrale col connettivo circostante in una maggiore o minore estensione. Io più volte ho visto in questo modo tutta la colonna vertebrale addominale ricoperta e circondata da masse cancerose compatte di più di due pollici di altezza. Può anche la massa neoplastica svilupparsi a prefe-

ferenza da un punto in un grande ed unico tumore. Così io osservai due casi tra gli altri, i quali partivano dalla regione lombare e di questi l'uno raggiungeva la grandezza della testa di un adulto, l'altro tre volte più grande all' incirca, riempiva quasi tutta la cavità dell'addome ed aveva un peso di 25 libbre. Delle masse più piccole si trovano spesso depositate specialmente nelle glandole intorno al pancreas, dove anche questo viene affetto secondariamente e l'affezione si diffonde ulteriormente ai dotti biliari, al fegato, allo stomaco ed al peritoneo. La natura di queste masse è per lo più midollare, nei miei casi però se ne trovarono molte ancora, che presentavano piuttosto il carattere fibroso, e che, sebbene non mostrassero affatto i caratteri istologici del cancro genuino, le loro conseguenze però ebbero per l'organismo quasi lo stesso significato.

« I caratteri fisici sono perfettamente gli stessi, che abbiamo sopra esposti nella tubercolosi, si tocca cioè un tumore molto duro, per lo più ineguale e nodoso, non ispostabile, il quale si può seguire fino in vicinanza della colonna vertebrale dove risiede, e la cui faccia anteriore è per lo più ricoperta del tutto od in parte dalle anse intestinali. — Si distingue poi dalle masse tubercolose solamente per la dimostrazione della discrasia speciale, per la sua grandezza d' ordinario molto più rilevante e specialmente pel suo rapidissimo sviluppo. Così, p. e., il tumore sopracennato del peso di 25 libbre si era sviluppato in meno di 4 mesi, gli altri tumori della grandezza della testa di un adulto in non più che la metà di questo tempo. Lo stesso è avvenuto in molti altri casi. Come caratteri di distinzione dai tumori delle glandole mesenteriche dello stomaco, dell'intestino, del fegato, della milza ha sempre valore la circostanza, che essi son completamente immobili, posson seguirsi fino alla colonna vertebrale e son sempre ricoperti dalle anse intestinali, per la qual cosa non danno una risonanza ottusa, che quando si affonda molto il plessimetro. Possono scambiarsi quasi solamente coi tumori renali, che mostrano gli stessi caratteri fisici, servon però di guida in questo caso talvolta i momenti anamnestici e l'esame dell'orina. I sintomi subiettivi e funzionali si riferiscono in parte alla discrasia cancerosa in generale, in parte son determinati dalle conseguenze meccaniche del tumore. Il

dolore di questo è per lo più insignificante, ed anche manca del tutto, solamente quando lo sviluppo è molto rapido, quando ha luogo una pressione su tronchi nervosi, nel caso di affezione consecutiva del peritoneo o di altri organi il dolore diviene spesso molto vivo. Fenomeni gravi non solamente si hanno per la propagazione del cancro agli organi vicini, specialmente allo stomaco, intestino o peritoneo, ma anche per la pressione del tumore. Così io rinvenni nei miei casi: grave dispnea per lo spostamento in sopra del diaframma, *compressione del colon discendente che decorreva sovra al tumore*, con ostinata stitichezza, compressione di una vena iliaca con edema del piede, come anche penetrazione del carcinoma nelle vene, compressione dell'uretere e dei reni; per la pressione sul nervo ischiatico ed ostacolo alla funzione dell'ileo-psoas, un violento dolore al piede, il quale fu considerato per lungo tempo come ischialgico: questo dolore era combinato a contrattura ed immobilità dell'arto, vomito ed altri fenomeni gastrici per pressione sullo stomaco, od affezione secondaria del medesimo, itterizia intensa per compressione dei dotti biliari, peritonite ed *ascite* (*quest' ultima però solamente nelle complicanze*). — Ma in certi casi i fenomeni erano ancora molto insignificanti; gli ammalati si dolevano soltanto di un leggiero dolore ottuso nell'addome e morivano coi fatti del marasmo.

« L' esito certamente in tutti i casi è mortale, o per ostacolo alla funzione di organi importanti alla vita, o per marasmo in seguito al rapido sviluppo del tumore ed a ripetizione di processo in altri organi. Egli sembra che le masse neoplastiche quando non perforano il tratto intestinale, non passino mai in rammollimento ed icorizzazione (1) ».

Singoli casi di tumori retroperitoneali si trovano descritti qua e là nella letteratura medica; e possiamo anzi dire ch'essi costituiscono una delle fonti principali delle nostre cognizioni attuali su questo soggetto (2).

(1) H. BAMBERGER, *Trattato clinico delle malattie del sistema chilopoietico*, trad del dott. G. PETTERUTI, Napoli, 1874, pag. 840-843.

(2) CZERNY osservò un tumore cistico a sinistra dell'addome in una donna di 57 anni; si ritenne provenuto dalle glandule retroperitoneali (*Schmidt's Jahrb.* 1882, Bd. 196, pag. 278). — J. SOYKA descrisse un caso di carcinoma primitivo del pancreas e secondario delle glandule retroperitoneali. — Altri casi di tumori retroperitoneali furono pub-

Venendo dapprima ad occuparci in generale de' tumori, che si svolgono nell'addome al di sotto del peritoneo, dobbiamo notare che varia può esserne la natura, come varia eziandio può esserne la sede.

Da parecchi autori si trovano citati casi di *cisti sierose* sotto-peritoneali, che in due casi furono giudicate cisti ovariche. In un caso di LEE, la cisti partiva dalla parte posteriore dell'addome, immediatamente al di sotto del pancreas, e riempiva quasi affatto la cavità ventrale. CRUVEILHIER parla di una cisti sierosa sotto-peritoneale riscontrata all'autopsia nella *regione lombare, ed iliaca sinistra*, senza connessione alcuna con gli organi del piccolo bacino, e del volume di un' utero a termine di gravidanza. Un altro caso ne riferisce BURNET. Secondo CANTANI però i casi, in cui giungono a notevoli dimensioni sono rari; sono invece frequenti le piccole (1). Si possono avere eziandio cisti idatigene. SPIEGELBERG ha riferito un caso di cisti di echinococco retroperitoneale, situata a sinistra.

Dalle glandule di questa regione fu osservato svilupparsi qualche volta il *lipoma*. Un caso ne fu pubblicato da FORSTER (2), altri due da JOHN HOMANS (3), che ne fece l'asportazione. In un lavoratore di 39 anni vennero rimossi mediante laparotomia, due grandi mixo-lipomi retroperitoneali, del peso ciascuno di 25 libbre: dovettero essere lasciati indietro due tumori analoghi più piccoli, a cagione della loro posizione in rapporto a' grandi vasi; dopo 5 ore dall'operazione avvenne la morte. Una signora di 60 anni aveva un tumore colossale dell'addome, che si era sviluppato nel lasso di 6 mesi, e che offriva senso

blicati da A. SEVESTRE, *Bull. de la Soc. Anat.*, marzo 1876; CHARLES A. MAC MUNN, *Dubl. Journ.*, luglio 1876; DUPLAY, *Arch. gén.*, gen. 1874 (*V. Schmidt's Jahrb.*, Bd. 183, pag. 89 e segg.). EICHHORST (*Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmetoden*, Braunschweig, 1881, II Theil, pag. 185) accenna ad un caso di RUTHERFORD-HALDAM di tumore delle glandule retroperitoneali, che durante la vita si era ritenuto per un aneurisma dell'aorta.

(1) V. LANDI, *Delle cisti ovariche*, Pisa, 1878.

(2) FORSTER, *Med. times and gazette*, 1868, pag. 300.

(3) JOHN HOMANS, *Two cases of removal of immense fatty tumours by abdominal section*; Boston med. and surg. journ. 1883, n. 11 (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1883, n. 27, pag. 440).

BROCA osservò un lipoma, che partiva dal tessuto congiuntivo sotto-peritoneale della fossa iliaca sinistra, ed il quale riempiva tutta la metà inferiore del cavo addominale. MOYNIER osservò un tumore analogo al disotto ed alquanto all'esterno del rene sinistro (V. LEBERT, *Traité d'anat. path.* I. 125; e HENOCH, III, 359).

distinto di fluttuazione. Praticate indarno numerose punture, dopo 7 mesi si fece la laparotomia: si trattava di un puro lipoma, nel lato destro dell'addome, retroperitoneale, del peso di 35 libbre. Il colon ascendente passava obliquamente sopra il tumore. Dopo la fine dell'operazione, successe tosto la morte.

Tumori notevoli di queste glandule possono aversi per *processi scrofolosi, tubercolari*. Possono inoltre svilupparsi da esse, il fibroma, il fibro-mixoma, il sarcoma, il carcinoma. Il sarcoma ed il carcinoma possono originarsi nelle varie sezioni delle glandule linfatiche retroperitoneali; e sono ora primitivi, ed ora secondari. Virchow ha descritto un caso di sarcoma a cellule fusiformi, il quale era andato incontro alla degenerazione adiposa, in persona affetta da tubercoli cerebrali e pneumonite tubercolizzante. In questo caso l'aorta e la cava inferiore erano spostate verso sinistra: il tumore aveva la grandezza di una testa di bambino; era situato sul psoas destro; altri tumori simili si trovarono più in alto (1). Specialmente frequente è il sarcoma secondario a tumore del testicolo. Kocher ci avverte come perciò che spetta alle produzioni secondarie, in questa malattia, in prima linea si debbano esaminare le glandule retroperitoneali, le quali ricevono i linfatici dal testicolo e dal cordone spermatico; e cercare se vi sia produzione di tumori ai due lati della colonna vertebrale, a livello dei reni. Se quivi il tumore abbia raggiunto una rilevante grossezza, si può facilmente palpare, e produce anche disturbi subiettivi. Tali tumori si videro comparire prima o dopo della estirpazione del testicolo, a livello dei reni, od alquanto più in basso; la loro struttura concorda abbastanza con quella del tumore primitivo; sono midollari o duri; contengono spesso numerose cisti, o focolai di rammollimento; possono raggiungere la grandezza della testa di un adulto, ed in tal caso comprimono gli organi vicini; possono eziandio fare scomparire completamente i corpi delle vertebre, e quindi possono esercitare compressione anche sul midollo spinale; l'un rene può divenire atrofico, mentre l'altro s'ingrandisce del doppio (caso di Olgars in Gottinga) (2). In

(1) Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, 566.

(2) Kocher, *Carcinoma del testicolo e dell'epididimo*, nella Chirurgia di Pitha e Billroth, ediz. ital., pag. 329 e 334.

un caso di LEBERT, il sarcoma retroperitoneale era secondario invece ad un tumore della coscia (1).

In seguito a cancro del rene si possono originare produzioni secondarie nelle glandule linfatiche dell'ilo del rene, nelle retroperitoneali e nelle mesenteriche. In tal caso si possono riscontrare de' tumori molto grandi, in cui sia difficile risolvere la questione, da dove il tumore abbia tratto origine (2).

Non è mia intenzione d'intrattenermi su tutte le varie specie di tumori retroperitoneali, quantunque non vi sia dubbio che il soggetto sarebbe degno di una pertrattazione più estesa di quella che ne sia stata fatta sin qui. Ma vi ha una categoria speciale di questi tumori, intorno ai quali mi sembra opportuno di fissare meglio l'attenzione de' clinici; e ciò anche perchè, per quanto risulta dalla mia pratica, apparterrebbero a questo gruppo una gran parte de' tumori primitivi retroperitoneali.

Il fatto principale, che giustifica l'idea di raggruppare siffatti tumori in una speciale categoria, non istà ne' caratteri anatomici di essi, i quali, come vedremo, possono essere variabili; ma consiste nel luogo, da cui traggono origine, e dal quale si sviluppano. In conseguenza di ciò, essi presentano de' rapporti topografici speciali cogli organi dell'addome, e quindi anche una serie di sintomi, che ne agevolano la diagnosi durante la vita. Tali tumori traggono origine a sinistra della colonna vertebrale, in prossimità al rene di questo lato. Mi sembra perciò probabile che il loro punto di partenza venga rappresentato da' gangli sopraortici, i quali si estendono dal bordo superiore del pancreas alla biforcazione dell'aorta. Sembra anzi, che nelle malattie di qualsiasi genere che attaccano le glandule linfatiche dell'addome, venga colpito con una certa predilezione questo gruppo tra esse (3).

(1) LEBERT, *Traité d'anat. pathol.*, I, pag. 196 (citato da AL. WEBER).

(2) DÖDERLEIN, Erlangen, 1860 (Uomo di 26 anni); MONTI, *Iahrb. für Kinderheilk.* VI, 1863, pag. 179 (ragazza di 4 anni); citati da EBSTEIN, in *Handb. v. Ziemssen*, Bd. IX, pag. 182.

(3) Nella descrizione di un caso di emoglobulinuria pubblicato dal prof. MURRI, si trova registrato nel reperto necroscopico «come a livello dell'arteria emulgente del rene sinistro, la vena cava viene spostata a destra da un gruppo di glandule linfatiche ingrossate, che abbracciano l'aorta, l'emulgente suddetta, e spostano all'esterno la vena renale sinistra ... Le glandule linfatiche abbraccianti l'aorta sono ingrossate.» E ciò, mentre le mesenteriche erano normali, delle inguinali, ascellari e cervicali, soltanto al-

Ammesso il fatto che tali tumori si svolgano di preferenza a sinistra, e che molto verosimilmente traggano origine dalle glandule sopra-aortiche, ci resta a chiedere il perchè di una tale predilezione. È noto dall'anatomia, come i gangli accennati raccolgano la linfa che li attraversa dalle intestina, dallo stomaco, dalla milza, dal pancreas e dal fegato. Parrebbe perciò lecito il supporre, che da questi organi possano essere trasmessi degli elementi colla corrente linfatica, i quali siano atti a determinarvi delle irritazioni abnormi, più facilmente di quello che sia da altri organi, i quali vi si trovano essi medesimi meno esposti. Od è quindi la irritazione provocata direttamente, che determina lo sviluppo primo del processo morboso; oppure laddove esista la predisposizione, questa si localizza più facilmente in tali gangli, perchè in essi le irritazioni siano maggiori che altrove. È ammesso infatti eziandio per lo sviluppo

cune lievemente ingrossate (*Riv. clin. di Bologna*, ottobre 1879). Qualche cosa di analogo ho notato in casi di tubercolosi diffusa delle glandule retroperitoneali. — ALFREDO WEBER ha pubblicato (GÖTTINGEN, 1877) un caso di sarcoma delle glandule retroperitoneali secondario a condrosarcoma del testicolo destro. La neoformazione secondaria era apparsa dapprima a sinistra dell'addome, ove si mantenne anche di poi maggiore che a destra. Non vi ebbero edemi degli arti inferiori: soltanto negli ultimi giorni segni di ascite.

LOBSTEIN ritenne che i tumori retroperitoneali da lui descritti, e ne' quali sembra potersi contenere il gruppo da me accennato, cominciassero sopra la colonna vertebrale; e ciò specialmente perchè essi sono intimamente aderenti a questa parte dello scheletro; e perchè il processo si presenta sempre in uno stadio più avanzato nelle parti del tumore più prossime alla colonna, e tanto meno avanzato quanto più si allontana da questa.

Un altro caso ne osservai nell'aprile 1882 a Ponte di Brenta, vicino Padova. Si trattava di una donna di 56 anni, villica, ammalata da un anno. Aveva avuto dapprima ad intervalli, anche di oltre un mese, degli accessi di dolori intensi: ogni accesso aveva avuto la durata di circa un giorno; ed il dolore sembra avesse sede sopratutto alla regione dell'epigastrio. Da alcuni mesi aveva notato ingrossamento ed indurimento del ventre, che avrebbe cominciato alla regione epicolica sinistra. Da alcuni giorni aveva vomito ed intolleranza per i cibi. Presentava un tumore addominale, che si estendeva dal margine costale inferiore sinistro sin quasi al pube: occupava tutta la metà sinistra del ventre, e si estendeva poco al di là della linea mediana. Si aveva leggiero suono intestinale nella regione lombare sinistra. Lo stomaco e la milza apparivano cacciati in alto. La morte accadde dopo pochi giorni, dacchè io aveva veduta l'inferma. Non fu praticata la necroscopia.

In un altro caso si trattava di una signora di circa 60 anni, che da alcuni mesi aveva forti accessi di dolori all'addome, e costipazione dell'alvo. Alla pressione, si provocava dolore specialmente a sinistra della colonna vertebrale poco sotto il bordo costale. Dopo qualche tempo, in questa regione si rese manifesto un tumore duro, ineguale, immobile, dolente. Soccombette sotto fenomeni di marasmo, in capo a poco più di un anno dal principio del male.

di tumori nello stomaco, nell'esofago, e persino nel cervello, che irritazioni semplici possano avervi una influenza, per lo meno occasionale, sia sul loro sviluppo, sia sulla sede da essi primitivamente invasa.

I casi da me osservati sinora di tal fatta di tumori sono in numero di otto, de' quali sei formarono argomento di altre mie precedenti pubblicazioni (1).

Riguardo alla frequenza di siffatto genere di tumori, noterò come nella divisione medica da me diretta in questo spedale civile, io ne abbia osservati pel corso di 5 anni uno all'anno, ciocchè mi aveva dato la frequenza circa di 1 caso su 700 ammalati. Di poi per 2 anni non ve ne osservai altri casi. Su 8 casi, figurano 5 uomini e 3 donne; la frequenza relativa osservata nello spedale stesso, apparve però pressochè uguale ne' due sessi (2). Il primo caso, osservato in questa clinica medica, riguardava un giovane di 19 anni, e fu fatta la diagnosi necroscopica di carcinoma. Nel secondo, si trattava di un *fibro-mixoma* in un uomo di 54 anni; la malattia durò 4 anni. Nel terzo si trattava di un uomo di 52 anni; il tumore era un *fibroma;* durò 10 mesi. Nel quarto caso si trattava di un uomo di 37 anni. Nel quinto di un uomo di 47 anni, con un *sarcoma* che durò 11 mesi. Nel sesto di un sarcoma in una donna di 36 anni. Su 5 casi quindi venuti alla necroscopia, in due si trattò di sarcomi. Si trattava probabilmente di sarcomi, anche in altre due donne, in cui non fu fatta necroscopia.

Riguardo ai caratteri anatomici del tumore, noterò come questa specie di neoformazioni si caratterizzi per il considerevole peso e volume, ch'esse raggiungono. Nel caso di fibro-mixoma il tumore aveva il peso di 22 chil.; era composto come di tanti tuberi della grandezza di un pisello ad un grosso pugno di

(1) (*Fibro-mixoma delle glandule retro-peritoneali*, Padova, 1878; *Fibroma delle glandule* ecc., nel Commentario clinico di Pisa, 1878, N. 10-12; *Sarcoma retro-peritoneale*, Padova, 1882).

(2) Ne' primi 3 anni io aveva una divisione esclusivamente maschile, ne' 2 successivi una divisione composta d'un riparto maschile e di uno femminile. Tenuto conto di questo fatto, la frequenza relativa presentò poco divario ne' due sessi; poichè risulterebbe negli uomini 1 caso su 744 ammalati, e nelle donne si avrebbe la proporzione di 1 su 675. Tale statistica è ancora troppo esigua, per potersi credere autorizzati di affibbiarvi molto valore.

adulto, e più ancora; pressochè tutti erano formati da tessuto mucoso, da ricordare la più trasparente gelatina. Alcuni però erano variamente colorati per avvenute emorragie, e tutti congiunti assieme da grossi tratti di tessuto fibroso. In taluni si osservavano delle cisti della grandezza di una piccola mela, ripiene di liquido sanguinolento oscuro; nella porzione anteriore dominava una cisti più grossa, con contenuto che poteva giudicarsi sangue alterato. — In un caso di fibroma il tumore pesava 9, 300 gr.; aveva forma ovale. Reciso crepitava; e la superficie del taglio appariva liscia, lucente, asciutta, d'aspetto ovunque fibroso, di colore in alcuni tratti bianco-roseo pallido, in altri cinereo. Era composto di duri lobuli, costituiti da fibrille congiuntivali, concentricamente disposte. Questi lobuli erano assieme uniti da tessuto congiuntivo lasso. Sopra sottili sezioni si vedeva tutto questo neoplasma composto da fasci fibrosi incrocicchiati, alcuni de' quali si presentavano nel senso della loro lunghezza, altri invece tagliati trasversalmente; scarsi i vasi; piuttosto abbondanti le cellule fisse, provviste di robusti prolungamenti, anastomizzantisi gli uni cogli altri. Fu giudicato quindi trattarsi di un fibroma fascicolato. — Riguardo a' casi di sarcoma, in uno fu trovato un tumore grosso, bernoccoluto, giallo-roseo, in parte consistente, in parte pastoso. Era del volume di due grossi pugni, rivestito da una membrana congiuntivale, aderente alla colonna vertebrale. Spaccato per metà e longitudinalmente il tumore, lo si vedeva costituito nelle parti più profonde quasi esclusivamente di masse caseose consistenti, fuse insieme, e nelle porzioni più superficiali da un parenchima grigio-roseo, encefaloideo, il quale si spappolava con tutta facilità sotto la più lieve pressione o raschiatura, operata col coltello. All'esame microscopico risultò trattarsi di sarcoma alveolare a piccole cellule rotonde, le quali tendevano a subire la degenerazione granulo-grassosa, in modo da far apparire gran parte del neoplasma primitivo e de' secondari sotto forma di massa caseosa. — In un altro caso di sarcoma, il tumore era di forma pressocchè ovale, a superficie bitorzoluta; misurava 35 centim. in lunghezza, e 20 in larghezza; pesava poco più di 7 chilog. La sostanza del tumore si presentava di colore grigio-giallastro, facilmente spappolabile, untuosa al tatto. In qualche piccolo

punto era di colore grigio biancastro, molle e semi-fluida. Tutta questa massa era come contenuta in un sacco di tessuto fibroso, resistente. L'esame microscopico di punti non degenerati del tumore lo fecero riconoscere per un sarcoma a cellule rotonde. Nel primo caso di sarcoma si trovarono produzioni secondarie nelle glandule del grande e del piccolo omento e ne' reni. Nel secondo caso invece, si trovarono alcune glandule ingrossate alquanto indurite in corrispondenza al settimo ed all'ottavo spazio intercostale. Altra volta si ebbero glandule dure ed ingrossate al collo sotto la clavicola.

Uno dei primi fenomeni, con cui la malattia suolsi manifestare è costituito dal dolore. Il dolore si notò una volta insorgere improvvisamente di notte, essere di carattere urente, d'intensità moderata, accompagnarsi a fenomeni febbrili, e durare pochi giorni. Altra volta il dolore ebbe meno intensità e maggiore durata: dall'ipocondrio sinistro si diffondeva ad altre parti dell'addome. In tre casi ho notato dolori di forma nevralgica insorti improvvisamente al fianco sinistro, alla base del torace, all'epigastrio. Tale dolore intenso può durare qualche ora od un giorno: si ripete ad intervalli varî di qualche giorno, di un mese o più. Può presentarsi sino dal principio della malattia, ed essere anche il primo fenomeno morboso avvertito dal paziente. Talora s'irradia alla spalla sinistra; talora si esacerba nelle profonde inspirazioni. Tali accessi dolorosi provengono dacchè la neoformazione nel suo progressivo sviluppo viene ad interessare elementi nervosi. Infatti Lobstein notò che, quando le masse retroperitoneali sono situate in vicinanza dei plessi nervosi, esse spostano gli uni dagli altri gli elementi nervosi che li compongono, e finiscono per romperli. « Io ho dissecato con cura, dice questo Autore, uno di questi tumori, che racchiudeva il principio del plesso ipogastrico. La parte superiore di questo plesso era totalmente separata dalla sua parte inferiore, in modo che esisteva tra esse un intervallo di parecchie dita trasverse. Tuttavia questa medesima parte inferiore non era per nulla alterata, nè nel suo aspetto, nè nel suo tessuto: essa non era punto atrofizzata, e rassomigliava ad un plesso perfettamente sano. In un altro tumore del medesimo genere, occupante l'epiploon gastro-epatico, e fortemente attaccato alla pic-

cola curvatura dello stomaco, io ho trovato i cordoni stomachici rotti. Quello del lato destro era convertito, nel luogo della rottura, in una specie di ganglio longitudinale, da cui uscivano tre a quattro filetti nervosi, totalmente cangiati di natura, e degenerati in una sostanza friabile, analoga a quella che componeva il tumore stesso ». Altre volte invece il dolore non dipende dalla rottura, dallo stiramento, o dalla degenerazione subite dagli elementi nervosi; ma può provenire dalla compressione, e conseguente stenosi di qualche ansa intestinale, o da peritonite circoscritta svoltasi in prossimità al tumore medesimo.

Di solito gli ammalati non si accorgono della esistenza del tumore, che allorquando questo abbia raggiunto di già una mole discreta; e quindi sogliono indicare la regione ipocondriaca sinistra, come quella donde il tumore avrebbe esordito. Però mi è riuscito talvolta, coll'eccitare gli ammalati a rivolgere meglio l'attenzione sui fatti anamnestici, ad ottenerne come risposta che il tumore si è bensì sviluppato a sinistra: ma ch'esso ha cominciato qualche poco sotto il bordo costale, cioè tra questo e l'ombelico, e che successivamente esso è andato crescendo, oltrechè verso la parte inferiore, eziandio, verso l'alto, in modo da nascondere la sua estremità superiore sotto le ultime costole. Questo fatto ad ogni modo è interessante, perchè laddove lo si possa cerziorare, si può già con qualche probabilità mettere in dubbio che si tratti d'un tumore splenico, quantunque possa a prima giunta il tumore sembrare aver tratta origine presso l'ipocondrio sinistro.

Talune volte esistono per parecchi mesi dolori ed incomodi nella digestione, prima chè si possa riconoscere la esistenza del tumore: e soltanto di poi comparisce una massa resistente in corrispondenza al lato sinistro della colonna vertebrale nella regione epigastrica. Tale regione presenta allora una maggiore addolorabilità alla pressione in confronto alle parti circostanti, anche se contemporaneamente esistono dolori spontanei più diffusi.

Pertanto tali tumori retroperitoneali, durante la vita dell'ammalato, si presentano con un assieme di caratteri, ch'è tale da renderne possibile, e talora anche agevole, la diagnosi. Tra questi fenomeni primeggiano: 1. la mole considerevole del tu-

more; 2. il suo sviluppo a sinistra dell'addome; 3. la mancanza di ascite e di edemi degli arti inferiori, che siano dipendenti da compressione delle vene intraddominali; 4. uno spostamento notevole degli organi circostanti, che segue determinate leggi, certamente variabili entro determinati limiti, ma che sono però sempre giustificabili coll'idea che il tumore abbia tratto origine dalla regione soprarenale sinistra.

Il più di frequente accade che l'ammalato non si presenti alla osservazione, che quando il tumore abbia già raggiunta una certa mole. In tal caso l'addome si presenta nella sua totalità aumentato di volume, specialmente a sinistra; l'apofisi xifoide dello sterno si trova in modo abnorme spinta verso lo innanzi. Il torace è dilatato alla base più a sinistra che a destra. Anche a livello del capezzolo, il lato sinistro può apparire più ampio del destro di 1 a 3 centim. I vasi venosi sottocutanei possono essere dilatati, particolarmente nelle regioni laterali ed in allora si può notare come il sangue scorra in essi dalle regioni inferiori verso le superiori; talvolta questa dilatazione apparve in forma di rete. — La circonferenza dell'addome, presa a livello dell'ombelico o poco al disopra, può giungere a centim. 90, 100, 105; in un caso anzi si trovò di 116 a livello dell'ombelico, e di 123 a metà della linea xifo-ombelicale. Ordinariamente la metà sinistra di questa circonferenza supera di alcun poco la destra. Pressochè in tutti i casi la linea xifo-ombelicale era più lunga della ombelico-pubica di 1 a 4 centim. — L'addome assume una forma più o meno irregolare, le regioni dell'ipocondrio e dell'epigastrio apparendo più espanse a sinistra che a destra. La linea costo-iliaca apparisce più lunga a sinistra che a destra; in un caso (fibro-mixoma) la distanza dalla spina iliaca anterio-superiore al bordo costale, misurava a destra centim. 14, a sinistra 30. Poco o nessuno divario suolsi notare nei due lati nella distanza tra l'ombelico e la spina iliaca anterio-superiore.

Alla palpazione si constata una massa solida di forma e di consistenza variabili, coperta per massima parte dai soli integumenti. La parte superiore di essa si caccia sotto il costato di sinistra. Questa massa occupa tutto il fianco sinistro, in modo che da questo lato non se ne possono riconoscere i confini; si

spinge verso destra più o meno al di là della linea mediana, di solito non oltrepassa l'emiclaveare di questo lato; arriva verso in basso più o meno al di sotto dell'ombelico, e può giungere sino al pube, od in prossimità di esso. Talvolta si distinguono al dinanzi del tumore, dei sollevamenti lisci, cilindrici, molli, estesi per un certo tratto, dovuti al fatto che qualche ansa intestinale si sia spinta tra tumore e parete. Se alla parete anteriore del tumore corrispondono delle formazioni cistiche, la parete addominale si adatta alle medesime, o scorre sulla loro parte superiore in modo che ai lati della ciste resti spazio per qualche singola ansa intestinale. In tali casi si notano corrispondenti irregolarità nel decorso delle pareti. In un caso di fibro-mixoma una ciste di origine emorragica veniva nella regione mediana del ventre a costituire una marcata sporgenza, che stava sovraposta alla parte maggiore del tumore (1). Verso

(1) Erano importanti in questo caso i caratteri del liquido della ciste. Con una puntura esploratrice si estrassero dapprima 70 c. c. di liquido, di colore rosso-cupo, che tingeva in giallo le lingerie, di reazione debolmente alcalina. Coll' acido acetico e il calore il liquido si rappigliava tutto in un coagulo, ed assumeva colore giallastro; coll'acido nitroso-nitrico si ottenevano alcune delle tinte de'pigmenti biliari, mentre il filtrato non dava le reazioni di questi pigmenti. Trattato il liquido, senza previa filtrazione, col cloroformio, questo andava al fondo, assumendo colore giallo-canario; coll'acido acetico e colla tintura di iodio non dava color verde; mentre lo dava spiccatissimo trattato con una soluzione di nitrito di potassa ed aggiungendo qualche goccia di acido solforico. Trattato con potassa caustica e magistero di bismuto non dava reazione di glucosio. I cloruri vi erano abbondanti, i solfati in tenue quantità, i solfati alcalini in discreta copia. — L' esame microscopico offerse alcune emazie deformate, ammassi granelliti e granuli sparsi in grande quantità; rarissimi leucociti. Scorse alcune ore dopo la estrazione, si trovarono nel liquido abbondanti coaguli gelatiniformi, a cui sovrastavano alcuni fiocchi biancastri. — Dieci giorni dopo fu praticata la paracentesi della ciste con un trequarti ordinario da paracentesi addominale. Il liquido estratto era in quantità di litri 1,050, densità 1,020, reazione neutra; coll' acido nitroso-nitrico quasi tutta la colonna si rappigliava in coagulo fioccoso, tinto in turchino, giallo e verde; col cloroformio, questo si depositava di color giallo-canario; coll'acido cloridrico, si aveva coagulo giallastro. Gli altri caratteri erano quali nel liquido ottenuto colla prima puntura. — In capo ad un mese fu praticata un'altra paracentesi, con cui si estrassero c. c. 750 di liquido, di densità 1,020, di reazione alcalina; cloruri abbondanti, solfati in leggiera quantità, fosfato di calce pure in leggiera quantità, assenza di fosfato di magnesia, fosfati alcalini piuttosto abbondanti. Coll'acido acetico, nessun coagulo, nè coloramento; coll'acido acetico e soluzione di ferrocianuro di potassio si otteneva un coagulo che occupava quasi metà della colonna del liquido; coll'acido cloridrico forte coagulo con qualche coloramento de'pigmenti biliari. Colla tintura di iodio si aveva un precipitato giallo-bruno; ed aggiungendovi quindi una goccia di acido solforico, sul fondo del coagulo apparivano alcuni fiocchi violacei, mentre il coagulo si faceva alquanto più spesso e si scolorava in parte. Altre eazioni si ebbero simili alle volte precedenti. All' esame microscopico, si osservarono

destra ed in basso i confini del tumore si riconoscono molto più distinti colla palpazione, di quello che non riesca fatto colla percussione. — La cute che sta al dinanzi di questi tumori è spostabile sugli stessi. Soltanto, talvolta trovai meno mobile la regione della cicatrice ombelicale, forse in causa dello stiramento subìto dal ligamento sospensorio del fegato. — Il tumore abbracciato con una mano alla regione lombare sinistra, e coll'altra in corrispondenza alla regione anteriore, dà l'impressione di lasciarsi in leggier grado spostare. Non si tratta però che di un lieve dislocamento parziale della parte anteriore e laterale di esso, dovuto al fatto che il tumore sia saldato soltanto nella sua parte posteriore, in prossimità alla colonna vertebrale.

Alla percussione si trova spostato in alto il margine inferiore di ambedue i polmoni, di solito anteriormente in ugual grado sui due lati, e posteriormente in modo più spiccato a sinistra che a destra. Il cuore è spinto in alto, in guisa che la punta si trovò talvolta corrispondere al terzo spazio intercostale. L'ottusità epatica sta nella sede normale, od alcun poco spinta in alto, circondata in basso e verso sinistra da una zona di suono timpanico. In tutta la zona corrispondente al tumore si rileva suono ottuso, che si estende in alto verso sinistra in modo da confondersi coll'area di ottusità splenica. Il grado di ottusità si affievolisce verso i margini destro ed inferiore del tumore. Nei tratti corrispondenti ad anse intestinali, che si trovino cacciati innanzi al tumore, la percussione superficiale dà suono timpanico, la profonda ottuso. La regione lombare sinistra dà

emazie bene conservate, e leucociti relativamente abbondanti; il coagulo risultava di fibrina con emazie e leucociti impigliativi. — Non poteva stupirci che entro ad un tumore di tal fatta potessero costituirsi delle cisti d'origine emorragica. Più importante era il fatto che il liquido estratto dava talune delle reazioni che sogliono presentare i pigmenti della bile. È notorio del resto quanto l'ematoidina sia analoga alla bilirubina. I cristalli romboedrici della bilirubina sono molto analoghi a quelli della ematoidina, la quale è un prodotto che prende origine nei casi di spandimenti di sangue entro i tessuti. La reazione di Gmelin è propria non soltanto della bilirubina, ma eziandio della ematoidina, come lo ha fatto notare Gubler. Da questi fatti però non dobbiamo crederci autorizzati ad ammettere la perfetta identità tra le due specie di pigmenti come taluno ha creduto di poter fare. Stefano Capranica (*Accademia dei Lincei*, 1881) ha cercato di dimostrare tale non identità. I pigmenti biliari danno con il bromo sciolto in alcool, con l'acido clorico e l'acido iodico acquoso, colorazioni in verde, turchino, violetto; e finalmente cangiamento di colore al rosso-giallo e quindi decolorazione. Tali reazioni non si avrebbero colla ematoidina.

suono ottuso, più di rado accompagnato da lieve timpanico; la destra dà suono timpanico forte. Più di spesso la ottusità lateralmente comincia alla 6.ª od alla 7.ª costa; nella linea mediana non sorpassa in alto l'appendice xifoide. Le intestina si trovano ricacciate a destra ed inferiormente.

Altri caratteri del tumore sono in gran parte comuni colle altre forme di tumori retroperitoneali. Esso non si abbassa in modo distinto nella inspirazione, anche se si porti molto al dinanzi in guisa che pare dover in parte risentire influenza dai movimenti del diaframma. Talvolta le pareti addominali per un tratto più o meno esteso appaiono nella inspirazione scostarsi un po' dal tumore; anche questo fenomeno però suol essere poco spiccato, poichè di solito un gran tratto della superficie del tumore trovasi a contatto colle pareti. Per questo stesso fatto non è vero ciò che da molti si afferma indistintamente per tutte le forme di tumori retroperitoneali, che cioè su di essi si debba avere suono ottuso-timpanico; mentre, quando il tumore è grande, come suol essere ne' casi in discorso, la massa principale delle intestina viene ricacciata a lato, ma non al dinanzi del tumore.

Una serie di fatti molto importanti nella storia di siffatti tumori ci viene fornita dallo spostamento degli organi circostanti. Tali spostamenti in parte sono riconoscibili all'esame fisico già durante la vita; ci aiutano a spiegare la patogenesi di molti fenomeni accusati dagli ammalati; e ci forniscono un numero di dati, particolarmente importanti per la diagnosi. Ed invero poichè il tumore principia e si svolge da una sede determinata, dev'esserci una certa regolarità almeno nelle leggi principali, che governano siffatti spostamenti. La forza evolutiva insita nel tumore opera in guisa, che questo tenda invincibilmente ad ampliarsi all'ingiro, che superi e rimuova dinanzi a sè tutti gli ostacoli, i quali si oppongono alla sua espansione. Epperò la forma ed il grado di questi spostamenti c'indicano nel tempo stesso le modalità, con cui si è effettuato lo sviluppo del tumore stesso.

Passerò ora quindi ad accennare alle influenze che ne risentono i varì visceri dell'addome.

Il sito, da cui tali tumori traggono origine, è, come dissi, a

sinistra, presso la colonna vertebrale, tosto al di sopra, e ad ogni modo assai vicino alla regione occupata dal rene del medesimo lato. Di qui tali tumori si svolgono verso la parte superiore; e quindi uno dei primi organi, che deve risentirne influenza, è la milza. Essa viene ruotata alquanto, nonchè spostata all'insù ed all'esterno ; e si presenta d'ordinario alla sezione aumentata del doppio o del triplo del suo volume. Quasi sempre la milza si trova contigua al tumore, diguisachè l'ottusità sua si mostra continua a quella che vien data dal tumore L'aumento di volume, cui va soggetta la milza, sembra dovuto alla pressione, che deve subìre in tali casi la vena splenica, particolarmente nel suo passaggio tra i foglietti del ligamento triangolare o gastro-lienale, il quale deve subìre uno stiramento non indifferente. In un caso di sarcoma, la milza, fu trovata appiattita, spostata innanzi della parte superiore del tumore; misurava nel diametro longitudinale centim. 20, nel trasverso massimo 10, mentre aveva uno spessore di 2 centim. In questo caso, durante la vita, alla palpazione, si era riscontrata sotto il bordo costale una specie di tumore, che pareva sovraposto alla massa maggiore, e ch'era molto più molle di quest'ultimo; si estendeva dalla linea mediana sino al prolungamento dell'ascellare anteriore sinistra; il suo diametro verticale misurava 8 centim., aveva forma quasi ovoidale. Questa specie di tumore sovraposto al maggiore corrispondeva ad una parte della milza, mentre un'altra porzione di essa si celava sotto il costato. In questo caso dunque la milza anzichè in alto, era stata ricacciata all'innanzi, probabilmente perchè dapprima il tumore si era sviluppato verso l'alto e rasentando la parete posteriore dell'addome, e perchè aveva spostato lo stomaco a destra.

È importante il tener conto in siffatti tumori della sede che occupa lo stomaco; e quindi è necessario farsene un concetto esatto ricorrendo ai mezzi noti di esame di quest'organo, sopratutto mediante la percussione; ed eziandio, dov'esista, col determinare la sede in cui possa essere estrinsecato eventualmente il guazzamento gastrico, e la estensione di esso. — Lo stomaco, congiunto com'è alla milza dà un solido legamento, segue di solito lo spostamento di questa. Esso si porta alquanto al di sotto ed all'interno della milza; e viene ad occupare una posi-

zione alquanto più alta del normale. E poichè il piloro insieme al duodeno vengono spostati alquanto verso destra, succede ancora che lo stomaco assuma una posizione più orizzontale del normale. In un caso da me osservato parve di constatare, che quando lo stomaco si distendeva, esso si cacciasse colla sua estremità cardiaca tra milza e tumore, in modo da presentare un'area di suono timpanico tra milza e tumore, area che non apparve in esami praticati altre volte. Nel caso invece ultimamente accennato di sarcoma, lo stomaco si trovò spinto interamente a destra del tumore, e ricacciata da questo stesso lato eziandio la porzione inferiore dell'esofago. Lo stomaco quindi non soltanto non si trovava in una posizione più trasversale, ma anzi aveva assunta una direzione ancor più verticale, che nelle condizioni fisiologiche. In questo stesso caso la milza fu trovata ricacciata al dinanzi del tumore. Forse quindi, essendo lo stomaco risospinto a destra, esso aveva stirato il legamento triangolare, ed aveva pertanto impedito alla milza di portarsi più in alto. In questo caso era lecito supporre che il tumore avesse dapprima incontrata la metà sinistra dello stomaco, avesse rasentato nel suo sviluppo il fondo cieco di esso, e a mano a mano crescendo, avesse potuto spingere tutto l'organo a destra. A ciò poteva successivamente aver contribuito il fatto che lo stomaco trovasse sempre più facile la sua distensione verso destra. Gli stessi cibi introdottivi avrebbero dovuto esercitare una specie di stiramento sull'organo che li conteneva, influendo quindi nello stesso senso. Durante la vita in questo caso, lungo il margine destro ed inferiore del tumore si aveva potuto circoscrivere una zona, in cui si rilevava costantemente guazzamento. È facile poi il comprendere come in questo caso il ligamento gastro-lienale, coi vasi che scorrono in esso, dovesse corrispondere alla superficie anteriore del tumore. Ed infatti sopra questa superficie si poteva seguire per un certo tratto un arteria, la quale nella regione mediana distava dall'apice dell'appendice xifoide per 5 centim., verso sinistra si terminava di sentirla in vicinanza al prolungamento della linea parasternale, tra il bordo costale ed il margine superiore della milza: l'intero tratto in cui si poteva in vita seguire tale arteria misurava circa 13 centim. La sua ampiezza e la forza del suo im-

pulso erano per lo meno il doppio che alla radiale. Nelle profonde inspirazioni questo cilindro pulsante si sentiva manifestamente abbassarsi alcun poco lungo la superficie anteriore del tumore. Premendo col dito l'arteria, si riconosceva facilmente come il sangue scorresse in essa da destra verso sinistra. In questo caso pertanto la situazione delle varie parti appariva così netta, che già durante la vita si aveva potuto riconoscere nella zona che dava il guazzamento lo stomaco, si aveva potuto giudicare della situazione della milza, e come l'arteria che scorreva tra questi due organi non potesse essere senonchè la splenica.

La dislocazione che subisce in questo genere di tumori lo stomaco, e la compressione ch'esso può patire in qualche sua parte, fanno sì che lungo il corso del male si possano avere disturbi funzionali da parte di esso. Spesso il ventricolo aumenta nella sua capacità; e, specialmente laddove venga compressa l'estremità pilorica, può presentare fenomeni analoghi a quelli di una stenosi pilorica. In tal caso, oltrechè fenomeni dispeptici, possiamo avere vomito, gastralgie ed intolleranza assoluta per i cibi, com'io ebbi ad osservare in un caso.

Dopo lo stomaco noi dobbiamo considerare le intestina. Ho accennato come il duodeno possa trovarsi spinto verso destra. Ora può avvenire che la prima porzione del digiuno venga a prendere una direzione da destra verso sinistra, incontrare eziandio delle aderenze col tumore medesimo; oppure ch' esso si trovi tra il tumore principale ed una sua appendice mobile anteriore, come ho osservato in un caso di sarcoma. Le intestina tenui vengono portate in massa verso destra, e quindi si effettua qui una condizione analoga a quella che si verifica nei casi di cisti ovarica, che cioè nella regione lombare del lato opposto a quello, donde si è sviluppato il tumore, si ha suono intestinale, che invece il tumore medesimo viene ad occupare interamente la regione lombare del lato corrispondente, e che quindi in questa si estrica colla percussione suono ottuso. Più rimarchevoli poi sono i rapporti che il tumore può assumere col crasso intestino. Il cieco ed il crasso ascendente si trovano sempre nella loro situazione normale; ma per riguardo alle altre sezioni del crasso sembrano potersi dare due eventualità. Il tumore può svolgersi

dalle parti posteriori verso le anteriori al disotto del colon trasverso. In tal caso non vengono mutati significantemente i rapporti tra stomaco e colon trasverso. Ma invece in tal caso può succedere che il tumore cresca al di dietro del crasso discendente, e che quest'ultimo venga portato innanzi gradatamente coll'aumentare della nuova produzione, sulla superficie anteriore di essa. In una tale evenienza prima di tutto l'intestino subisce uno stiramento; ma inoltre, rimanendo l'esse romano aderente alla fossa iliaca sinistra, il tumore deve esercitare una pressione diretta sulla parte che unisce queste due porzioni del crasso. Da ciò ne segue che si viene a costituire una specie di flessura abnorme tra il colon discendente e l'esse romano, che la parte che sta superiormente alla flessura viene dilatata, la inferiore invece è ristretta. Il motivo di ciò riesce facile a comprendersi, ove si consideri che la detta flessura è costituita in condizioni tali, da dover agire non altrimenti che come una stenosi intestinale di grado più o meno rilevante. Una seconda eventualità è data quando il tumore si faccia strada verso le parti anteriori insinuandosi tra stomaco e colon trasverso. In tal caso lo stomaco, come di consueto, viene spinto in alto; mentre invece il crasso viene portato in basso. Sennonchè, mantenendosi fisse nella loro sede normale le due estremità epatica e splenica del colon trasverso, ne succede ch' esso viene a formare una specie di festone sulla superficie anteriore del tumore; o, per meglio dire, ch' esso viene a designare un arco di cerchio con concavità superiore, e convessità rivolta in basso. E nell'una e nell'altra evenienza poi le parti spostate d' intestino vengono a contrarre aderenze colla superficie anteriore del tumore.

In tutti questi fatti noi troviamo altrettante cause che difficultano la libera circolazione delle feci. È ad essi quindi che si deve chiedere una interpretazione della ostinata costipazione che molesta gli ammalati, onde per lo più essi non ottengono di poter evacuare l'alvo che col sussidio di rimedì purgativi. Nella patogenesi pertanto di questo fenomeno si deve sopratutto tener calcolo delle flessure abnormi che subiscono a seconda dei casi le varie sezioni dell'intestino, degli ostacoli che le aderenze e gli stiramenti oppongono alla libera azione della

sua tonaca muscolare. La conoscenza poi di questi spostamenti, cui può andare incontro lo intestino crasso, trova la sua applicazione nella interpretazione de' risultati che si sogliono ottenere dall'esame fisico. Mediante la palpazione e la percussione ci riesce infatti per lo più di poter constatare, durante la vita degl'infermi, la presenza di talune anse intestinali sulla superficie anteriore del tumore, le quali seguono una varia direzione a norma dei diversi casi prenunciati. In tali anse si sogliono constatare eziandio dei corpi duri spostabili, che potrebbero imporre a prima giunta per bernoccoli facenti parte del tumore medesimo. È sufficiente però la somministrazione d'un purgativo per vedere per lo più scomparire tosto tali tumori, e per persuadersi della loro reale natura. Talfiata può succedere ancora che nella parte superiore, ad esempio del tumore, si venga a riconoscere la presenza d' un' ansa intestinale larga e seguirne il decorso fino ad un dato punto; mentre poi nella parte inferiore si trova per un tratto nettamente circoscritto un' area di suono intestinale. Questo succede specialmente quando il tumore sia molto grande, e che la parte inferiore segua una curva diversa da quella delle pareti addominali. In allora una parte dell'ansa intestinale (colon discendente) viene interamente compressa tra tumore e pareti; mentre un' altra parte ha campo a distendersi, e dà quindi suono timpanico, la cui area è circondata tutt' intorno da suono ottuso. Quest' ultimo fatto io ebbi agio constatarlo nel caso, anche altrove accennato, di fibromixoma, in cui una cisti si era prodotta sulla superficie anteriore del tumore.

Riguardo ai reni è sopratutto il sinistro che presenta delle lesioni di qualche rilievo, come quello nei cui pressi trae la sua prima origine il tumore. È evidente come il tumore, crescendo in basso, debba esercitare una pressione non indifferente sia sul rene, sia specialmente sul suo uretere. Non è quindi soltanto la funzione renale che potrà venire alcun poco pregiudicata da questo lato, ma è sopratutto il passaggio della orina attraverso l'uretere che incontrerà il maggiore ostacolo ad effettuarsi. Una conseguenza appunto di ciò sono le lesioni che si riscontrano in questo rene. Queste poi saranno d'un grado più o meno avanzato, a seconda del grado della pressione eser-

citata dal tumore, ed a seconda della durata maggiore o minore della pressione medesima. Simili lesioni io ho avuto agio ad osservarle finora in tre casi, in ciascuno de' quali esse si presentavano ad un grado diverso d'intensità. Nel grado più leggiero fu trovato il rene sinistro di volume normale colla pelvi molto ampia per la distensione de' calici con atrofia della punta delle piramidi e con una cisti sulla sua superficie. In un secondo caso invece la massima parte del rene era tramutata in una vasta cisti, a varie concamerazioni, piene di liquido giallo-paglierino; mentre del parenchima renale non notavansi che piccole tracce sottratte qua e là al processo distruttivo. Nel terzo caso infine, in cui il tumore era di maggior mole che nei due precedenti a tal segno d'aver raggiunto il peso di 22 chil., in cui anche la durata della malattia era stata maggiore che negli altri casi, perchè la sua origine risaliva almeno a quattro anni innanzi, il rene sinistro era rimpiccolito, la sostanza renale era tutta scomparsa, ed il viscere era ridotto a parecchie concamerazioni, circondate esclusivamente da tessuto congiuntivo. Tali lesioni devono essere riferite massimamente, seppur non esclusivamente, al ristagno della orina per la pressione sull'uretere, la quale dev' essere di gran lunga maggiore che quella subita dal rene, perchè quest' ultima si va a perdere in gran parte nel muscolo quadrato de' lombi, mentre quella incontra finalmente la resistenza insuperabile dell'osso iliaco. Per l'opposto il rene destro non presenta alterazioni di grande rilievo; soltanto il suo volume sembra mostrarsi aumentato in proporzione all'aumento di funzione, cui esso è costretto in conseguenza della diminuita o sospesa attività del sinistro. È evidente da ciò come sia difficile che durante la vita degl'infermi accada di riscontrare albuminuria, perocchè dal lato sinistro la pressione viene esercitata specialmente sull'uretre, e quindi è addirittura l'emissione della orina quella che viene difficoltata o impedita; mentre a destra non esistono le condizioni nè di flogosi nè di alterata circolazione atte a produrre l'albuminuria. Perciò la lesione renale rimane durante la vita interamente celata.

In un caso di sarcoma, le condizioni de' reni sono apparse alquanto diverse. L'aumento di volume del rene destro era mi-

nore che negli altri casi; il sinistro si era lasciato spostare dal tumore, ed apparve alla necroscopia all' estremità inferiore di esso. Stava situato nella fossa iliaca sinistra, ed aderiva intimamente all' estremità inferiore del tumore: era appiattito, e nel suo margine superiore ridotto in una lamina della grossezza di mezzo centim., di colore bianco-grigiastro.

Speciale attenzione meritano i rapporti, che viene ad assumere il tumore coi vasi dell'addome. Ho accennato come i tumori da me osservati traessero origine con tutta verosimiglianza dai gangli che circondano l' aorta. Qualunque sia quindi la direzione, secondo la quale un simile tumore cresce, esso rimarrà sempre attiguo a questo vaso. In primo luogo può succedere, che, il tumore crescendo a sinistra dell' aorta e rasentando la parete posteriore dell' addome, non faccia che spostare questo vaso da sinistra verso destra. Altre volte invece succede che il tumore proliferando all' intorno dell' aorta, accolga, per così dire, questo vaso nel proprio interno. Nè nell'un caso, nè nell'altro la circolazione aortica subisce grave ostacolo in causa della nuova produzione. Questa diffatti non si sviluppa che gradatamente; non è un mezzo meccanico che abbia un'azione rapida e potente, e che possa quindi riuscire a vincere ostacoli oltre un certo limite. Epperò il tumore potrà bensì distendere le pareti, spostare gli organi parenchimatosi, le intestina, ed anche l'aorta medesima, che vi oppongono minore resistenza; ma dove s'imbatta in resistenze più valide, dove ci sia in azione una forza attiva, sarà esso che dovrà acconciarsi alle circostanze del caso. Resistenze più forti sono date dalla pressione endovascolare, che nell' aorta addominale massimamente è per certo assai valida. Avviene quindi che, se l'aorta viene spinta lateralmente al tumore, questo non riuscirà a restringerne il lume. Se invece il tumore medesimo verrà a svilupparsi all' intorno dell'aorta, il suo sviluppo si farà necessariamente a gradi, in modo che la pressione endovascolare proveniente dall' azione cardiaca impedirà che in nessun istante l'aorta sia ristretta nel proprio calibro. Sarà quindi il tumore che dovrà adattarsi nel suo progressivo aumento a rispettare il tratto occupato dall'aorta; e non già questa che dovrà restringersi nel proprio lume per cedere spazio al tumore. Per quanto dunque un vaso arterioso,

almeno se di grosso calibro, possa lasciarsi spostare da una neoformazione, che vada via via aumentando di volume, è ben difficile che l'attività evolutiva del tumore superi la forza della pressione endovascolare. Quest'ultima sembra mantenere sempre sull'altra il sopravvento. Così è che l'aorta non fu giammai trovata compressa da simil fatta di tumori; che in un caso l'arteria splenica, per quanto spostata e ricacciata tra tumore e parete, aveva tuttavia dimensioni che parevano piuttosto superare le normali, ed aveva anzi impresso un solco sulla superficie stessa del tumore. È questa una legge che mi sembra abbastanza generale nella storia de' tumori, e di cui può essere importante il tener calcolo, ed il registrare le eventuali eccezioni. Ne segue pertanto come corollario che la circolazione arteriosa, al di sotto della regione occupata dal tumore, non sarà gran fatto ostacolata.

Talora poi si ha campo ad osservare in simil fatta di tumori com'essi si sollevino ritmicamente ad ogni sistole cardiaca. Ciò può provenire dall'aorta, qualora essa decorra nell' interno del tumore, o qualora pur trovandosi lateralmente, possa tuttavia imprimere al tumore una certa scossa, sincronicamente alla propria espansione. Laddove non poss'avvenire nè l'una nè l'altra di queste due cose, la pulsazione, qualora esista, non potrà essere riferita che a vasi di minor calibro, quali forse le iliache, ecc.

Di maggior interesse dal lato clinico, e, per quanto mi risulta, eziandio più costante è lo spostamento che subisce la vena cava inferiore. Essa si trova più a destra dell'aorta; e quindi i ganglii linfatici da cui il tumore suol trarre origine si trovano sempre a sinistra di questa vena. In tutti i casi da me osservati, alla necroscopia si trovò questo vaso deviato verso destra, seguire il margine destro del tumore. Il tumore, cresciuto rasentando la parete posteriore dell' addome, non aveva potuto nè spingere innanzi a sè la cava, nè comprimerla verso l'indietro.

La conseguenza di un tal fatto è molto importante, perchè il vaso spostato a destra verrà bensì un po' allungato; ma non verrà compresso, nè avvizzito. La circolazione potrà tutt'al più effettuarvisi un po' a rilento: ma del rimanente non potrà risentirne grave ostacolo. È appunto perciò che noi non osserviamo forse mai ne' tumori retroperitoneali, e specialmente in quelli

di cui sto occupandomi, quegli edemi considerevoli degli arti inferiori, nè un corrispondente grado di ascite, quali si sogliono osservare nella compressione per qualsiasi causa de' grossi vasi venosi dell'addome.

Non si può dire certamente per questo che la circolazione addominale debba succedere del tutto come nelle condizioni normali, in seguito alla esistenza di codesti tumori, che possono raggiungere dimensioni tali, quali di rado si ha occasione di osservare in produzioni morbose di altre regioni. Specialmente la circolazione capillare del peritoneo deve risentirne danno, per la pressione e distensione che questa sierosa ne subisce. La deviazione qualunque siasi della cava ascendente, la compressione forse talora di qualche altro vaso delle pareti posteriori dell'addome, apportano sempre un leggiero ostacolo al circolo; e ci spiegano in parte i leggieri edemi, l'ascite moderata, ma soprattutto la dilatazione delle vene sottocutanee dell'addome che in parecchi casi si osservano. Ho detto però come gli edemi e l'ascite non possano essere riferiti che in parte a questa causa, perchè sulla loro produzione ha grande influenza lo stato d'idroemia che incoglie gli ammalati ad un periodo avanzato del male. Tanto è ciò vero che si sogliono osservare contemporaneamente ai versamenti accennati, edemi agli arti superiori, ecc. — In un caso la vena iliaca sinistra fu trovata diminuita nel proprio calibro; ma tuttavia per lunghissimo tempo non esistette edema dell'arto inferiore corrispondente. Tale edema insorse soltanto negli ultimi giorni, ed in modo rapido, in causa di trombosi della crurale.

Possono aversi ancora spostamenti in altri organi, tali o da essere verificati soltanto all'autopsia, od eziandio da poter essere riconosciuti durante la vita; ma i quali hanno ad ogni modo una importanza affatto secondaria dal punto di vista diagnostico. Alla sezione dell'ammalata di sarcoma, in cui accennai come durante la vita fosse sensibile alla palpazione l'arteria splenica, si trovò subito sotto questo vaso il pancreas, che procedeva appiattito da destra verso sinistra fino al margine splenico, e si presentava come un largo nastro di colore gialliccio. Erano quindi anche modificati i rapporti topografici di quest'organo coll'arteria splenica, poichè l'arteria stessa si trovava al di sopra, anzichè al dinanzi del pancreas.

Nello stesso caso il diaframma era stato spinto notevolmente in alto dal lato sinistro, molto più che in altri casi. Esso appariva, si può dire, immobile negli atti del respiro. Il polmone sinistro si trovava quindi ricacciato molto in alto, e molto scemato il suo volume; la sua attività respiratoria doveva trovarsi di conseguenza molto ristretta. Il cuore, sotto la pressione del tumore, era stato eziandio spinto in alto; ed aveva quindi anche assunta una posizione più orizzontale. Esso aveva anzi cosifattamente risentita la pressione del tumore, che questo si aveva spinto al dinanzi del cuore stesso per un certo tratto, ed aveva stampata, per così esprimermi, sulla parete anteriore di questo viscere, la impronta della propria estremità superiore. La necroscopia infatti ha mostrato come il tumore avesse lasciata sul cuore una depressione, circoscritta da una specie di solco, abbastanza marcata, la quale disegnava il tratto, in cui questo viscere era stato compresso dal tumore; il fatto era agevolmente comprensibile, poichè tra l'uno e l'altro non rimanevano che il diaframma ed i rispettivi involucri sierosi. A denotare poi la cospicua estensione raggiunta dal tumore in questo caso nella direzione longitudinale, basterà il rammentare come, mentre il cuore aveva subìto un dislocamento così notevole in alto, d'altra parte l'utero era stato dallo stesso tumore spostato verso destra.

Oltre ai fenomeni fisici accennati, lungo il decorso dell'affezione si presentano disturbi funzionali, sulla massima parte dei quali ebbi già occasione d'intrattenermi. Così ho indicato come quasi regolarmente si abbia stitichezza, che più di rado si alterna con diarrea. Altre volte prevalgono i disturbi dal lato dello stomaco, che possono giungere al grado da rappresentarci la sintomatologia di una stenosi del piloro. Possiamo avere dolori intercorrenti, dovuti ordinariamente ad interessamento di filamenti nervosi. Soltanto eccezionalmente si presentano periodi febbrili, dovuti od a malattie intercorrenti, od a peritoniti circoscritte nella regione del tumore: in un caso sembrò potersene accagionare una intercorrente pericardite. Tali tumori inoltre portano ostacolo alle funzioni respiratorie e circolatorie; e quindi possiamo avere aumentata frequenza del respiro e del polso.

La morte succede od in seguito al decadimento generale delle

forze, od in seguito ai fenomeni di diminuita pervietà del piloro, od in seguito ancora ad insufficienza di azione del miocardio. E quindi negli ultimi tempi possiamo avere dimagramento, colore giallo-terreo della cute, edemi moderati delle mani e delle gambe, più raramente versamento pleurico sinistro. L'ammalato di fibro-mixoma nell'ultimo giorno di vita era soporoso; aveva le pupille ristrette, i bulbi oculari leggermente ruotati all'insù, il polso piccolo, fuggevole, il respiro irregolare.

Tra le varie forme di tumore, quello che si è mostrato di natura più benigna, fu il fibro-mixoma, il quale, nel caso da me osservato, ha durato quattro anni, permettendo in questo lasso di tempo all'ammalato di attendere eziandio alle proprie occupazioni, abbenchè il tumore fosse giunto ad una mole veramente considerevole. Un fatto di qualche interesse appare eziandio quello che negli ultimi mesi della esistenza dell'ammalato questo tumore si fosse complicato a cisti, a quanto sembra, di origine emorragica.

Il fibroma si è mostrato meno benigno nelle sue conseguenze. Esso ha durato circa un anno; è giunto ad un volume considerevole bensì, ma sempre minore che nel caso precedente. Esso però riusciva più molesto all' ammalato, il quale fu per esso quasi costantemente obligato al letto; e v'indusse uno stato di cachessia generale e d' idroemia abbastanza rapidamente. Un grado spiccato di durezza è proprio ad ambedue le forme accennate.

Il sarcoma ha di speciale la grande ineguaglianza della superficie; dimodochè talora sopra una base situata profondamente si sentono sollevarsi parecchi bernoccoli, ineguali; ma taluno di essi abbastanza grande da poter simulare la esistenza di tumori multipli. Però abbracciando il tumore alle due estremità laterali, o profondamente quanto più si può, si riesce ordinariamente, e forse sempre (ove non vi si opponga l'addolorabilità del ventre), a sentire, come i movimenti inpressivi dall'una mano, per quanto in grado leggerissimo, si trasmettano all'altra, in modo da porgere l'idea netta e chiara che si tratti di una sola massa. Sogliono essere più pronunciati ne'casi di sarcoma i dolori di apparenza nevralgica, oppure più miti e quasi continui in taluni dei tratti occupati dalla neoformazione, con irradiazioni ad altre

parti. Sogliono del pari essere più pronunciati il rapido decadimento delle forze e la spiccata cachessia. Inoltre vi si può avere la diffusione ad altre regioni, lo sviluppo di produzioni secondarie in altri gruppi di glandule linfatiche e nel fegato. Negli ultimi tempi si possono avere indizî di avvenute metastasi negli organi respiratorî, sia che si tratti di compressione di bronchi per parte di glandule infiltrate, sia che si tratti di nodi secondarî sviluppatisi nel parenchima medesimo di questi organi.

Io ho passata così in disamina la fenomenologia offerta da un gruppo di tumori delle glandule prevertebrali. Una tale sintomatologia è stata dedotta puramente dai casi che mi si offersero nella pratica medica, specialmente ospitaliera. Io vi ho compresi tutt'i casi di simil fatta di tumori da me osservati durante un lasso di tempo di quasi tre lustri; ed avendo, potrei dire, sempre un campo di osservazione abbastanza esteso come quello che può venire offerto dalle sale di una clinica o di uno spedale. La prima volta che si offerse alla mia speciale osservazione un tumore di tal fatta, rimasi io pure dubbioso nel giudizio diagnostico. Ma successivamente fui sempre fortunato di poter cogliere nel segno, guidato dai fenomeni che aveva osservati la prima volta. Perciò io mi credo autorizzato a ritenere che un simile complesso di fenomeni possa servire di guida anche in osservazioni ulteriori. Certamente i singoli casi offrono sempre un qualche divario l'uno dall'altro; certamente anche non tutti i tumori delle glandule retroperitoneali si atterranno ognora a queste identiche leggi. Ma non mi sembra possa essere un puro accidente che precisamente tutti i casi da me veduti abbiano costantemente presentati parecchi almeno de' fenomeni indicati.

Dall' analisi ch' io sono venuto facendo de' varî fenomeni morbosi, risulta abbastanza evidente su quali criterî possa nel singolo caso essere fondata la diagnosi di un tumore che appartenga a questa specie. Passerò ora ad accennare su quali dati principalmente tali tumori si possano distinguere da altri, che presentano con essi qualche analogia, per quanto però io non intenda di accennare nè a tutte le forme, nè a tutti gli svariati dettagli che possono offrirsi ad una tale disamina.

Riguardo alla diagnosi in generale de' tumori retroperito-

neali, non troviamo negli autori dati molto numerosi. Henoch (1), ad esempio, accenna alla possibilità ch'essi trasmettano la pulsazione dell'aorta, e che collo stetoscopio si possa quindi anche verificare su di essi un rumore.

« Importante dal lato diagnostico, egli dice, è per tali casi la percussione, la quale sopra il tumore dà un suono chiaro o timpanico, e manifesta con ciò la posizione dello stesso posteriormente alle intestina. Sebbene si possa per questo sintomo distinguere facilmente il tumore retroperitoneale da quelli che giaciono innanzi al canale intestinale, p. es., un ascesso del peritoneo, un tumore dell'omento, e così via, però anche altri tumori i quali si trovino posteriormente alle intestina danno un suono chiaro timpanico, e non si può quindi ottenere una distinzione del tumore retroperitoneale da uno che si trovi nel mesenterio, nel pancreas, ne' reni. Non possono quindi evitarsi scambi, i quali in realtà avvengono qui di frequente, malgrado tutta l'accuratezza nell'esame. A ciò si aggiunga ancora la circostanza difficoltante, che il tumore può raggiungere una notevole circonferenza per contemporanea tumefazione delle glandule iliache, che lateralmente si estendono in basso, e può propagarsi da un lato sino al bacino, dall'altro anche superiormente verso il diaframma, e nell'ulteriore suo sviluppo verso l'innanzi può spostare le intestina lateralmente, per cui esso venga in immediato contatto colla parete addominale, e dia suono ottuso alla percussione. Se si assuma in cura perciò l'ammalato in questo stadio, verrebbe ad essere appena possibile di determinare con sicurezza il punto di partenza del tumore ».

Noi abbiamo veduto però come precisamente nelle circostanze ultimamente indicate da Henoch sia talora possibile di raccogliere un numero di dati sufficienti, per stabilire una diagnosi, almeno in una serie di casi.

L'argomento della diagnosi de' tumori addominali, è stato in modo magistrale svolto dal compianto Prof. Concato, di guisachè sarebbe inopportuno ch' io mi addentrassi qui in soverchi dettagli sul modo di poter distinguere i tumori, di cui venni occupandomi, con altre forme che possono svolgersi nell'addome;

(1) Henoch *loc. cit.*, pag. 361.

ed io debbo richiamare l'attenzione particolarmente su quello ch' egli dice de' tumori retrocavitari (1). Quando c' imbattiamo in tumori consimili, in primo luogo dobbiamo accertare che il tumore non si sia svolto entro al sacco del peritoneo. Moltissime volte questo giudizio è abbastanza agevole, specialmente dove non faccia difetto un criterio di grande importanza, qual'è quello della mobilità del tumore negli atti del respiro. Un tumore, il quale si abbassi manifestamente nella inspirazione, e si inalzi nella espirazione non potrebb'essere un tumore retroperitoneale; ma potrebb' esserlo del fegato, della milza, o di altri organi, capaci di risentire la influenza de' movimenti del diaframma.

Vi hanno però alcune forme di tumori anche intraperitoneali, che presentano delle eccezioni a questa legge, o che offrono altre analogie co' tumori da me descritti. Abbiamo visto come in questi ultimi casi il tumore possa estendersi all' epigastrio, come possa presentarsi dapprincipio sotto il costato sinistro, e come possa accompagnarsi a fenomeni simili a quelli di una stenosi del piloro. Tuttavia difficilmente potrebb'essere scambiato con un tumore di questo tratto, od anche di altre sezioni dello stomaco. Il cancro dello stomaco suolsi dapprima presentare più facilmente a destra della linea mediana. Quando il tumore è di piccolo volume, se si tratta di una massa retroperitoneale si sentirà profondamente, e di solito a sinistra della colonna vertebrale, tosto sotto il costato; se si tratta di un tumore dello stomaco, accessibile alla palpazione, esso apparisce più superficiale, offre all'esame risultati diversi a seconda dello stato di ripienezza o di vacuità del ventricolo stesso, alla percussione dà un suono ottuso-timpanico, anche quando venga in contatto diretto colla parete anteriore, ciocchè non succede nell'altro caso. Col suo crescere, il cancro dello stomaco può talvolta celarsi in parte sotto l' appendice xifoide; altra volta invece scendere molto in basso nel ventre. In riguardo alla mobilità negli atti del respiro, la esistenza di essa deporrà in favore del tumore del ventricolo; ma anche laddove sia questa la sede di esso, una tale mobilità può mancare, perchè il movimento comunicato dal diaframma si perde in gran parte nelle pareti e nel conte-

(1) Concato, *La diagnosi generale dei tumori addominali*, pag. 22 e seg.

nuto del ventricolo. È raro che un cancro dello stomaco si estenda sino alla parete sinistra del ventre; di solito havvi una zona occupata da porzione dello stomaco e da anse intestinali, che separa il tumore da questa parete; mentre nella categoria descritta de' tumori retroperitoneali, il tumore suol venire ad immediato contatto per larga estensione colla parete sinistra ed anche con quella della regione lombare dell'addome. Anche laddove un tumore gastrico si estendesse sino al fianco sinistro, su di esso si ottiene quasi sempre un certo grado di suono timpanico; mentre ne' casi di tumore retroperitoneale, se giunge sino a questa regione, non si ha suono timpanico, che tutt' al più in zone ristrette, a cui corrispondono anse intestinali. Ove poi si abbia suono timpanico sul tumore, la percussione ci può aiutare ancora ulteriormente, poichè se si tratta di tumore retroperitoneale il suono timpanico è costantemente più distinto nella percussione superficiale che nella profonda; se invece si tratta di tumore gastrico per lo più il suono timpanico è meglio distinto alla percussione profonda che alla superficiale. Se un tumore retroperitoneale è piccolo, lo stomaco si trova nella sua sede normale; se il tumore è grande, quest'organo suol trovarsi a destra o di sopra del tumore. Ne' casi di carcinoma dello stomaco, la porzione maggiore di quest'organo o si trova nella stessa regione occupata dal tumore, od a sinistra di esso; ma ben difficilmente a destra. Alla palpazione il tumore dello stomaco può talvolta essere spostabile, mentre non lo è un tumore retroperitoneale.

Un tumore della categoria da me descritta difficilmente può essere confuso con uno del fegato. Di solito la distinzione è facile perchè nel primo caso il tumore non si muove negli atti del respiro, e poi perchè tra l'ottusità epatica e quella data dal tumore esisteva pressochè sempre una zona di suono intestinale, il qual fatto avrebbe bastato ad escludere che il fegato fosse stato il punto di partenza della neoformazione. Però nella notevole varietà di rapporti che possono presentare le neoformazioni, ci è lecito anche presumere che in qualche caso una tale zona intermedia potrebbe mancare. D' altro canto circostanze speciali possono rendere meno appariscente talora la mobilità d'un tumore sviluppatosi dal fegato. Anche ne' casi però meno fa-

vorevoli per il diagnostico, ci possono soccorrere altri criterî. Nel caso di tumore epatico, lo stomaco e le intestina si troveranno a sinistra o posteriormente del tumore; è più raro che singole anse intestinali si trovino al dinanzi di esso; e dove ciò succeda le anse si troveranno decorrere piuttosto trasversalmente (ordinariamente il colon trasverso), anzichè obliquamente o longitudinalmente, come suol avvenire ne' casi di tumori retroperitoneali. Ne' tumori del fegato non suolsi avere ottusità nella regione lombare, di consueto nemmeno a destra. Un tumore retroperitoneale non ci dà mai quel senso di ballottamento, che talvolta si ottiene dal fegato affetto da cancro.

Più difficile può talora riuscire la diagnosi con un tumore della milza. Un tale tumore infatti si sviluppa dal lato sinistro, in basso e verso destra; ricaccia lo stomaco verso destra. Il tumore può giungere anche fino alla sinfisi del pube, come, p. es., si può verificare in casi di tumore splenico da malaria, da degenerazione amiloide, da leucocitemia. Il tumore splenico viene più facilmente a contatto del fegato di quello che il tumore retroperitoneale: esso forma col fegato un angolo nel quale viene a riscontrarsi lo stomaco. Alla palpazione il tumore di milza suol essere liscio, presenta delle insenature specialmente al margine interno, almeno colla sua parte inferiore suol trovarsi al dinanzi delle intestina; il margine di esso si può spesso afferrare tra le dita attraverso dei comuni integumenti. Verso i margini destro ed inferiore si può quindi constatare come il tumore splenico sogliasi mantenere a contatto della parete anteriore; mentre il retroperitoneale se ne va allontanando, e si mantiene a contatto della parete posteriore. In questo caso le intestina vi stanno al dinanzi, in quello al di dietro; e quindi se in ambedue i casi verso i margini indicati del tumore si potrà avere timpanismo, questo sarà più profondo nel tumore splenico, più superficiale in quello retroperitoneale. Inoltre il tumore splenico è in tutte le guise più mobile; non contrae mai col crasso quei rapporti che può contrarre il tumore retroperitoneale, e che in quest'ultimo caso si possono talora riconoscere durante la vita. In ambedue i casi il tumore predilige svilupparsi verso in basso molto più che verso l'alto; ma è più facile che ecceda nel suo sviluppo verso l'alto il tumore retroperitoneale che lo splenico.

Così una ottusità che arrivi in alto fino alla quarta costa è data più facilmente da un tumore sorto dalle glandule sopraortiche che non da un tumore splenico. Lo sviluppo di quest'ultimo si manifesta più regolare, e più uniforme ne' singoli casi in confronto di quello. Inoltre si noti come il margine interno di un tumore splenico considerevole suol decorrere dall'alto ed a sinistra verso in basso ed a destra; e ch'esso perciò sporge verso destra più al di sotto dell'ombelico che al di sopra.

Eziandio i tumori dell' epiploon possono talora offrire difficoltà diagnostiche di non lieve interesse. Anch'essi possono raggiungere un notevole volume, possono nascondersi colla loro parte superiore sotto il costato; e la ottusità fornita da essi può continuarsi in quella del fegato e della milza. Essi però possono presentare una maggiore mobilità de' tumori retroperitoneali; inoltre è più frequente ch' essi coprano lo stomaco ed il colon. Se i tumori dell' epiploon sono molto grandi, è più difficile, a differenza dei retroperitoneali, che resti una zona intermedia tra tumore e fegato, è più difficile che lo stomaco si trovi a destra, come pure è più difficile che il tumore cacci la massa intestinale tutta da un lato. Dobbiamo notare ancora che quando il cancro colpisce il piccolo omento, esso ha sede quasi sempre nelle glandule che stanno in vicinanza al fegato, nelle così dette glandule epigastriche, le quali, per la pressione sopra il condotto coledoco, facilmente possono provocare la itterizia. In simili casi il tumore può essere mobile (1).

Le glandule mesenteriche, dove siano còlte da processi scrofoloso-tubercolari, di rado danno luogo a tumori considerevoli; per lo più presentano la nota forma clinica della tabe meseraica, e vi si manifestano di solito più facilmente tumori multipli, rotondeggianti, spostabili. — Nella tubercolosi del peritoneo talora le produzioni morbose sono multiple, grosse e diffuse, e queste congiunte al fatto dell'agglutinamento delle anse intestinali, possono simulare in qualche regione dell' addome le apparenze di un grosso tumore. In questi casi però si delimitano meno bene i confini di questa massa; l'impastamento, la tensione sono più diffusi, l'ottusità può essere anche più estesa, ma è sempre

(1) HENOCH, *loc. cit.*, vol. I. pag. 50.

di grado meno intenso; e così pure la resistenza è minore che ne' tumori retroperitoneali. Inoltre la ottusità stessa è meno uniforme nel primo caso; ed a tratti si trova suono timpanico alto, per la compressione subita da singole anse.

Dal peritoneo possono sorgere cisti da echinococco, che talvolta raggiungono un certo volume: esse però sono estremamente rare. Bamberger ne vide una volta un sacco, della grandezza quasi di una testa d'adulto. Partiva dal peritoneo della parete anteriore dell'addome. I fenomeni in vita ne furono oscuri. — Inoltre possiamo avere il carcinoma del peritoneo, il quale può essere primitivo o secondario; presenta molteplice varietà di sintomi, e difficilmente potrebbero stabilirsi per esso de' criterì generali di diagnosi. Va notato tuttavia com' esso per lo più sia secondario, di rado raggiunga volume notevole, si mostri spesso diffuso in varie parti del peritoneo. Esso si accompagna più facilmente a dolori, a fenoneni di peritonite, a versamento addominale, ed a sintomi anche più gravi, quali quelli di perforazione dello stomaco, dell'intestino, ecc.

Ritter ha pubblicato un caso di mixoma del peritoneo, osservato nella clinica del prof. Hasse in Gottinga. In questo caso l'addome di forma convessa, dava dappertutto senso di fluttuazione, ed inoltre suono ottuso dovunque fuorchè nelle regioni lombari in cui questa risonanza passava improvvisamente nel suono timpanico. Praticata una puntura lungo la linea alba, si estrassero 4,900 c. c. di liquido colorato in rosso, alcalino, albuminoso, che conteneva corpuscoli rossi e bianchi in grande quantità, globuli colloidi, e cellule granulose. Dopo un mese si rinnovò la puntura. Due giorni dopo nella parte anteriore più elevata del tumore comparve risonanza timpanica. Il giorno successivo l' infermo morì. Alla sezione si trovò una grande cisti anteriormente, che conteneva gas fetente e liquido torbido, la parete della quale era fusa assieme col peritoneo; le intestina spinte all'indietro aderivano anteriormente col tumore. La sostanza fondamentale del tumore aveva i caratteri del tessuto mucoso, la quale ne infiltrava le pareti, e si era cacciata per entro alla cisti in forma di grandi ammassi. Si trovarono colte da consimile degenerazione (tessuto congiuntivo e sostanza mucosa) delle adesioni ch'esistevano tra peritoneo e fegato, ed in

leggier grado anche il mesenterio. La neoformazione si cacciava eziandio tra i diversi organi del bacino, ov'era fornita di molte cavità comunicanti l'una con l'altra (1). È abbastanza evidente come questo caso differisse nella sintomatologia da quelli da me descritti, perchè nelle regioni lombari si aveva suono timpanico, e perchè le intestina erano state cacciate posteriormente al tumore.

Un' altra osservazione di mixoma del peritoneo è stata pubblicata dal prof. De Giovanni (2). In questo caso, che riguardava una donna di 43 anni, l'ottusità occupava la parte inferiore del ventre; incominciava a destra sull'ascellare posteriore, sotto appena l' undecima costa. Il confine superiore dell' ottusità si poteva rassomigliare ad una grande S, avente a destra la concavità in alto, a sinistra la convessità in alto. Un fenomeno speciale, e che De Giovanni avrebbe osservato anche in un altro caso di mixoma del peritoneo, veniva offerto dalla forma della fluttuazione. Questa non avviene già, egli dice, come se dalla parte del ventre percossa, si parta una grossa onda, che arrivi a battere la parte opposta, percorrendo il diametro trasverso; sì bene come un'onda più piccola, che pare percorra la linea arcuata superficiale dell' addome. Facendo la percussione con vario grado di forza, si ha una impressione piuttosto di tremore, che di vera fluttuazione, impressione che apparisce tanto più circoscritta alla parte superficiale del tumore, quanto più leggiera è la percussione stessa. La puntura esploratoria in tali casi vale a chiarire la natura del tumore. Del resto vediamo come anche in questo caso l' ottusità si estendesse meno all'epigastrio ed alle regioni lombari, di quello che soglia succedere ne' tumori retroperitoneali.

Il cancro del pancreas potrebbe più facilmente essere confuso col cancro dello stomaco, del fegato, dell' omento, che non sia coi tumori delle glandule addominali prevertebrali. I dolori che sogliono accompagnare il cancro del pancreas hanno molta somiglianza con quelli di questi ultimi tumori; in ambedue i casi vi possono avere fenomeni di stenosi del piloro o del duodeno,

(1) Ritter, *Myxoma des Peritoneum*, ecc., Archiv von Virchow, 1866, Bd. 36, pag. 591.
(2) De Giovanni, *Mixoma del Peritoneo*, Gazz. med. ital. prov. venete, 1883, N. 3.

per quanto il cancro del pancreas li possa produrre quando il tumore è inaccessibile alla esplorazione, ed il tumore delle glandule prevertebrali soltanto quando abbia raggiunto notevoli dimensioni. Ascite, anasarca, vomito e scariche sanguigne sono fenomeni frequenti nel cancro del pancreas, e che sogliono mancare nell'altra forma. Ne' casi di cancro del pancreas, il tumore non si può constatare che nel minor numero de' casi, poichè di solito esso resta celato sotto al fegato. Dove sia palpabile, si distingue perchè comincia più in alto, nella regione epigastrica, situato di solito profondamente; oppure si ha soltanto un senso di maggiore resistenza o di tensione lignea in questa regione medesima. Per lo più si ha opportunità di constatare un tumore di dimensioni maggiori, quand'esso siasi esteso al fegato; oppure può accadere che il tumore nel suo crescere, rende più sporgente il fegato stesso. Il tumore sorge bensì in ambedue i casi dalla parete posteriore del ventre, ed è immobile; ma si vede facilmente come i rapporti topografici cogli organi circostanti siano affatto diversi ne' due casi.

Le maggiori analogie coi tumori delle glandule prevertebrali possono essere presentate dal cancro del rene. Il cancro primitivo del rene è una malattia rara; colpisce di frequente i bambini, tantochè su 102 casi, in 39 si trattava di persone sotto i dieci anni di età. Il rene destro ne viene colpito almeno altrettanto di frequente che il sinistro (1). Il dolore può sopravvenire ad accessi, ed occupa di preferenza la regione lombare e l'ipocondrio. L'ematuria è fenomeno, che, ne' casi dubbi, parlerebbe decisamente in favore del cancro del rene; però talvolta può mancare in questa malattia; ed in tal caso l'esame dell'orina può non offrire nessun segno speciale. Nel cancro renale, il tumore può raggiungere mole considerevole; può svilupparsi in alto, ma specialmente in basso ed anteriormente. Sposta le intestina dal lato opposto, ed il colon può venirsi a trovare al dinanzi del tumore. In tal caso l'esame obiettivo può non offrire alcun segno distintivo dal tumore delle glandule prevertebrali. Ciò è facile a comprendersi, poichè il tumore trae origine da un organo, che trovasi affatto in prossimità alla regione,

(1) EBSTEIN, in *Ziemssen's Handbuch*, Bd. IX.

da cui si sviluppano i tumori da me descritti, e prende incremento spesso nelle stesse direzioni che questi: perciò gli organi vicini possono anche risentirne analoghe influenze. In un caso di cancro renale del lato destro da me osservato si notò eziandio la mancanza di versamento ascitico. EBSTEIN trae argomento da un caso pubblicato da A. WEBER per dire, che i grandi tumori che partono dalle glandule retroperitoneali, durante il loro successivo aumento, possono avere cogli altri organi dell'addome, e specialmente anche coll'intestino, le medesime relazioni che i grandi tumori de' reni. Ed aggiunge come anche ne' tumori maligni de' reni, le orine possano presentare caratteri normali. Sono dunque ben pochi i fatti, ai quali ci è dato di appoggiarci di solito, per stabilire una diagnosi differenziale tra queste due condizioni. Il cancro del rene può colpire anche bambini; mentre il più giovane degli ammalati, da me osservati di tumore delle glandule retroperitoneali, aveva 19 anni, e gli altri tutti erano di età piuttosto avanzata. L'esistenza del tumore a destra deporrebbe per l'origine del tumore dal rene; ma se è a sinistra le probabilità sembrano essere uguali per ambedue le condizioni. Alcuni tuttavia ammettono la predilezione del cancro renale per il lato destro: in due casi da me osservati di questa malattia il tumore era a destra. Nel cancro del rene il dolore ha sede più frequente nella regione lombare e nell'ipocondrio; la stessa sede può occupare nel tumore delle glandule, ma in questo caso può occupare più facilmente l'epigastrio. Il cancro renale può durare qualche anno; può quindi talvolta avere una durata maggiore che il sarcoma delle glandule. Le alterazioni dell' orina, e specialmente l' ematuria, sono il solo dato positivo che possa parlare in favore della sede del male nel rene; però la mancanza di questo sintomo non basta ad escluderlo. Nei tumori retroperitoneali io non ho mai osservate alterazioni dell'orina; ma per i rapporti che questi contraggono coi reni non credo che questo basti ad escluderne interamente la possibilità. Ad ogni modo, se su questo dato siamo autorizzati a fare assegnamento, possiamo anche dire che uno scambio di diagnosi tra le due malattie è spesso possibile, e pertanto anche giustificabile.

Eziandio tumori, i quali si partano dalla piccola pelvi, e so-

pratutto dagli organi genitali muliebri, possono presentare talora qualche analogia coi tumori retroperitoneali. Sarebbe certamente fuor di luogo, ch' io mi diffondessi qui sulla storia di queste neoformazioni, ch' è generalmente abbastanza nota, ed intorno a cui esistono più particolarmente lavori numerosi ed accurati. I tumori che partono dall' utero difficilmente si presentano in circostanze tali, che poss'avvenire uno scambio tra essi e quelli che partono dalle glandule prevertebrali, poichè ben di rado raggiungono un volume così notevole, da estendersi superiormente sino al costato ed alla milza. Meno difficile è talvolta un tale scambio, quando si tratta di enormi tumori ovarici. In tal caso, ove non si abbia avuto occasione di esaminare il tumore sino da' suoi primi periodi, ove manchino informazioni attendibili sulla regione occupata dapprima da esso, e dov'esso abbia già invasa gran parte della cavità addominale, possono offrirsi circostanze atte ad ingenerare qualche dubbio tra le due condizioni. Un tumore ovarico può giungere fino al costato, può occupare tutta una regione del fianco, del pari che un tumore retroperitoneale. In ambidue i casi le intestina possono venire cacciate da uno de' lati, può aversi suono timpanico nella regione lombare del lato opposto, e suono ottuso in quella del lato corrispondente. Però succede di rado che un esame più accurato non basti a dissipare ogni dubbio. Ove il tumore retroperitoneale sia grande, non perveniamo ad avvertirne il margine superiore, che si tiene nascosto sotto del costato; mentre è raro che ne' tumori ovarici, non si possa seguirne almeno in gran parte il margine superiore. Per l'opposto ne' tumori retroperitoneali resta quasi sempre un tratto di separazione tra il margine inferiore ed il pube; mentre una zona simile manca ne' tumori ovarici. Il tumore ovarico occupa talvolta una posizione più mediana che il retroperitoneale. In questo è aumentata più facilmente la linea ombelico-pubica, in quello invece la xifo-ombelicale. Dal lato corrispondente a quello, da cui il tumore trasse origine, nella regione lombare, può esistere ottusità in ambidue i casi; nel tumore retroperitoneale però tale ottusità suol essere più frequente, e di grado più cospicuo. È più raro nel caso di tumore ovarico che si trovino anse intestinali al dinanzi del tumore; e specialmente è

più difficile ch' esso provochi uno spostamento delle anse del crasso, analogo a quello che suolsi osservare in caso di tumore retroperitoneale. Lo stomaco può trovarsi a destra del tumore, quando questo parta dalle glandule prevertebrali; ma ben difficilmente ciò potrebbe succedere, quando si tratti di tumori ovarici. La percussione sull' osso iliaco dà suono ottuso anche quando un tumore ovarico non sia molto grande; invece occorre che un tumore retroperitoneale sia molto grande, e che arrivi estesamente a contatto dell'ileo, perch'esso possa interamente ottundere il suono plessico in questa regione. È affatto eccezionale, ed io non l'ho osservato che in un caso, che il tumore retroperitoneale determini deviazione dell'utero, o può provocarla tutt'al più in grado leggiero; mentre una tale deviazione è più costante nel tumore ovarico. L'inalzamento dell'utero che può provenire dal secondo, non potrebb'essere prodotto dal primo. I disturbi nelle funzioni gastriche ed intestinali sono molto più frequenti ne' tumori retroperitoneali. Potrei estendermi ancora sui criterì ulteriori, che si possono ricavare dalla esplorazione vaginale, da quella rettale, dalle punture esplorative, ecc.; ma sembrami che i fatti accennati contengano un numero sufficiente di dati, valevoli per la maggior parte de' casi; mentre maggiori dettagli sui tumori dell'ovario si trovano facilmente ne' trattati e nelle monografie, che si occupano specialmente di questo argomento (1).

(1) In questi giorni ebbi occasione di esaminare una donna di 26 anni, la quale persenta un enorme tumore dell'addome, che mi parve poter ritenere una cisti uniloculare del ligamento largo di sinistra. Il tumore occupa tutto il lato sinistro dell'addome, comprese la regione del fianco e la lombare; in alto si caccia sotto il costato, il confine inferiore si nasconde sotto il pube; si estende alquanto verso destra al di là della linea mediana. L'utero è immobile, portato in alto, col suo collo deviato alquanto verso sinistra. Il tumore fa sporgente il fornice vaginale dal lato sinistro. Sotto il costato, dal lato sinistro, sulla faccia anteriore del tumore, si sente una massa mobile negli atti del respiro, che per i suoi caratteri ritenni essere la milza. Lo stomaco appare trovarsi lungo il margine destro del tumore. Questo caso presenta, come i tumori delle glandule prevertebrali, la ottusità della regione lombare dal lato corrispondente, lo spostamento delle intestina verso destra; la forma dello spostamento della milza e dello stomaco è analoga a quella che ho osservato talvolta in casi di tumori retroperitoneali. Pertanto differisce da questi perchè il tumore si estende verso destra nell'ipogastrio più che nella parte superiore dell'addome, perchè il margine inferiore non è accessibile alla esplorazione, perchè ricercando attentamente i dati anamnestici appare che la tumefazione abbia cominciato dal basso; inoltre per i fenomeni rilevati dalla esplorazione vaginale. I margine superiore poi della ottusità si porta meno in alto di quello che sogliasi verificare ne' tumori retroperitoneali di considerevole volume.

Non mi resta quindi che ad occuparmi della terapia, ed in riguardo a questa dovrò accennare dapprima alla cura medica, per poi mettere in discussione l'opportunità di un intervento chirurgico.

La cura medica che può essere tratta in uso non è che sintomatica. È opportuno ricorrere ai mezzi tonici per combattere le tristi influenze della neoformazione sullo stato generale. A seconda dei casi ho usati gli arsenicali, il ferro con chinino, le acque di Levico, ecc. Si devono combattere il vomito, i dolori, la stitichezza, secondo le norme generali della terapia. Taluna volta l'intolleranza dello s omaco fu tale, che mi trovai obbligato a prescrivere come unico alimento il latte. Adoperai localmente unzioni con pomata di iodoformio, con tintura di iodio; o si applicò qualche vescicante, più che per altro allo scopo di combattere qualche fenomeno locale, quale il dolore, ecc.

Nel caso di fibro-mixoma si fece dapprima una puntura esploratrice di una ciste che sporgeva dalla superficie anteriore del tumore, con cui si estrassero 70 c.c. di liquido di colore rosso-cupo, che conteneva albumina, e che dava parecchie delle reazioni della bilirubina (ematoidina); conteneva molti corpuscoli rossi, e pochi bianchi. Quindi con un grosso trequarti si estrasse circa un litro di liquido. In capo ad un mese con un'altra paracentesi se ne estrassero 750 c.c.

Possiamo ora presentarci il quesito, se fatta la diagnosi di un simil genere di tumore, sarebbe lecito di tentarne la esportazione? Certamente il numero di casi che si conoscono è ancora troppo scarso, il modo di sviluppo di siffatte neoformazioni è ancora noto troppo insufficientemente, perchè la storia di esse possa dirsi completa in modo, che simili dubbi possano essere a priori risolti definitivamente. Un tentativo di operazione si imbatterebbe per certo in difficoltà che fin d'ora non vogliamo dire insormontabili; ma che possiamo però chiamare tutt'altro che indifferenti. In primo luogo, la mole del tumore ordinariamente è molto considerevole, e la incisione delle pareti dovrebb'essere quindi enormemente lunga. Uno de' casi da me osservati ha dimostrato la possibilità che l'aorta stessa attraversi il tumore; una tale evenienza però può essere sospettata durante la vita, ove la mano applicata sulla regione del tumore percepisca

un sollevamento, sincrono colla sistole cardiaca. Ma dobbiamo anche notare che il fenomeno potrebbe aversi anche dove l'aorta sia situata lateralmente al tumore. Un'altra difficoltà sarebbe data dalle aderenze che il tumore può aver incontrato con taluno degli organi circostanti (milza, stomaco, pancreas, intestina, rene). In un caso di sarcoma, alla necroscopia, si potè invero esportare il tumore, senzachè nè restassero lesioni di parti attigue; ma per esportarlo durante la vita, anche in questo caso, talune difficoltà sarebbero state offerte dalla posizione della milza, del pancreas, del rene sinistro, dell' arteria splenica. Aderenze maggiori si possono avere eziandio colla colonna vertebrale. Anche laddove non esistano consimili aderenze, la esportazione di un tale tumore potrebbe ad ogni modo richiedere lo spostamento di organi importanti. Tuttociò mi aveva fatto altravolta esprimere il pensiero, che una simile operazione s'imbatterebbe sempre in difficoltà tutt'altro che indifferenti; e che veramente parrebbe dovesse essere messo a dura prova il maggiore ardimento chirurgico nel tentarla. E sembra io non mi apponessi al falso, se teniamo conto dei tentativi che furono fatti di simili operazioni. In un caso di Czerny è avvenuta la guarigione; ma in questo caso si trattava di una cisti, e la operazione non consistette che nella puntura di essa e nella esportazione del peduncolo. Ho citati più addietro due casi di John Homans, in cui fu intrapresa la laparotomia. Nel primo dovettero essere lasciati addietro due tumori, a cagione della loro posizione in rapporto ai grandi vasi; in questo la morte successe 5 ore dopo l'operazione; nel secondo tosto finita l'operazione. In ambedue le operazioni fu necessario un distacco così esteso del colon ascendente, che l'autore dubita della capacità di nutrizione dello stesso; ed in un caso simile egli si proporrebbe d' intraprendere o la resezione del tratto d'intestino staccato, o la istituzione di un ano artificiale.

Potrebbe ancora proporsi di tentare le iniezioni parenchimatose. Si potrebbe pensare eziandio alla elettrolisi, che specialmente da Althaus è stata commendata nella cura de' tumori; e dalla quale Fieber avrebbe ottenuto almeno un raggrinzamento di qualche tumore della laringe. Dai risultati ottenuti in altre forme di tumori il tentativo sembra certamente lecito.
